



Downey Unified School District

11627 Brookshire Avenue | P.O. Box 7017 | Downey, CA 90241 | P: 562-469-6500 | F: 562-469-6555

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN DE ARCHIVOS

Información solicitada puede ser proporcionada **a** y **por** las siguientes agencias:

DUSD

Nombre de agencia

Número de Teléfono

Nombre de agencia

Número de Teléfono

11627 Brookshire Ave.
PO Box 7071

Dirección de agencia

Dirección de agencia

Downey, CA 90241-7071

Ciudad, Estado, and Código postal

Ciudad, Estado, and Código postal

Proporcionar y/o divulgar registros e información relacionados con:

Nombre de estudiante

Fecha de nacimiento

Número de registro medico

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

DURACIÓN:

Esta autorización deberá ser efectiva inmediatamente y permanecerá en efecto hasta _____ o por un año desde la fecha de la firma si la fecha no fue anotada.

REVOCACIÓN:

Esta autorización podrá ser revocada por escrito por el abajo-firmante, en cualquier momento, con anterioridad a la entrada de la información por parte de la parte proporcionadora. La revocación escrita no afectará cualquier acción tomada en relación con esta autorización antes de que la revocación escrita fuera recibida.

NUEVA DIVULGACIÓN:

Entiendo que el distrito no puede legalmente usar o divulgar más la información de salud a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que la divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

REGISTROS ESPECÍFICOS PARA SER PROPORCIONADOS Y/O DIVULGADOS:

- Información médica general (desde _____ hasta _____)
- Información relacionada con una lesión o tratamiento específico (desde _____ hasta _____)
- Reportes audiológicos
- Reportes de Habla y Lenguaje
- Hospitalizaciones
- Evaluaciones Psicológicas
- Salud mental – Consentimiento: _____
- Alcohol/Drogas
- Otro: _____

Por este medio autorizo proporcionar y/o divulgar la información como está indicado al proveedor de atención médica, entidad, o persona que he indicado arriba.

Firma de los padres/ Representante del estudiante

Relación al estudiante

fecha

Firma del estudiante

fecha

Una copia de esta autorización es válida como original/ tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.

REV 08/2018