



Downey Unified School District

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

AUTHORIZATION FOR RELEASE AND/OR DISCLOSURE OF INFORMATION/RECORDS

Information requested may be released **to** and **from** the following agencies:

DUSD

Name of Agency

Phone Number

Name of Agency

Phone Number

11627 Brookshire Ave.

PO Box 7071

Agency Address

Agency Address

Downey, CA 90241-7071

City, State, and Zip Code

City, State, and Zip Code

Please release and/or disclose records and information regarding:

Name of Student

DOB

Medical Record Number

Address

City

State

Zip Code

Phone Number

DURATION:

This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until _____ (enter date) or for one year from the date of signature in no date entered.

REVOCATION:

This authorization may be revoked in writing by the undersigned at any time prior to the release of information from the disclosing party. Written revocation will not affect any action taken in reliance on this authorization before the written revocation was received.

REDISCLASURE:

I understand that the district may not lawfully further use or discolor the health information unless another authorization is obtained from me or unless disclosure is specifically required or permitted by law.

SPECIFY RECORDS TO BE RELEASED AND/OR DISCLOSED:

- ☐ General medical information (from _____ to _____)
- ☐ Information regarding specific injury or treatment (from _____ to _____)
- ☐ Audiology reports
- ☐ Speech and Language Reports
- ☐ Hospitalizations
- ☐ Psychological Assessments
- ☐ Mental Health – Consent: _____
- ☐ Alcohol/Drug
- ☐ Other: _____

I hereby authorize the release and/or disclosure of information/records as indicated to the health care provider, entity, or person I have indicated above.

Signature of Parent/Student's Representative

Indicate Relationship

Date

Student's Signature

Date

A copy of this authorization is valid as an original. I have the right to receive a copy of this authorization.

REV 08/2018



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