

WASHINGTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Authorization for Release of Information
Autorización para Divulgación de Información



A. Student Information/Información Estudiantil:

Last Name / *Apellido* _____ First Name / *Primer Nombre* _____ Middle Name / *Segundo Nombre* _____ Date of Birth / *Fecha de Nacimiento* _____
 Mo / *Mes* Day / *Día* Year / *Año* _____ Grade / *Grado* _____
 Address / *Domicilio* _____ City / *Ciudad* _____ State / *Estado* _____ Zip / *Código Postal* _____

B. Educational/Health Information to be Released From/Información de salud debe ser divulgada:

Agency / *Agencia* _____
 Address / *Domicilio* _____ City / *Ciudad* _____ State / *Estado* _____ Zip / *Código Postal* _____
 Phone Number / *Número de teléfono* _____ Fax Number / *Número de fax* _____

C. Educational/Health Information to be Released to and used by/Educacional/Información de Salud debe ser Divulgada a y usado por:

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> American Union Elementary
2801 W. Adams Ave.
Fresno, CA 93706

Phone: (559) 495-5650
Fax: (559) 495-5659 | <input type="checkbox"/> West Fresno Elementary
2910 S. Ivy Ave.
Fresno, CA 93706

Phone: (559) 495-5635
Fax: (559) 495-5659 | <input type="checkbox"/> West Fresno Middle
2888 S. Ivy Ave.
Fresno, CA 93706

Phone: (559) 495-5635
Fax: (559) 495-5659 | <input type="checkbox"/> Washington Union High
6041 S. Elm Ave.
Fresno, CA 93706

Phone: (559) 485-8805
Fax: (559) 495-5659 | <input type="checkbox"/> Other:

_____ |
|---|--|--|---|---|

I authorize the following individuals or organizations to release and exchange the above-named individual's medical/educational information as described below:
Yo autorizo a los siguientes individuos u organizaciones a divulgar e intercambiar la información médica/educativa del individuo mencionado arriba como es descrito abajo:

Agency / *Agencia* _____
 Address / *Domicilio* _____ City / *Ciudad* _____ State / *Estado* _____ Zip / *Código Postal* _____
 Phone Number / *Número de teléfono* _____ Fax Number / *Número de fax* _____

Agency / *Agencia* _____
 Address / *Domicilio* _____ City / *Ciudad* _____ State / *Estado* _____ Zip / *Código Postal* _____
 Phone Number / *Número de teléfono* _____ Fax Number / *Número de fax* _____

D. Purpose of the Requested Educational/Health Information

- Release of educational/health information at the request of student's parent, guardian or legal representative.
Divulgación de información educativa / de salud a solicitud del padre, tutor o representante legal del alumno.
- Provide and plan educational services for student.
Proveer y planificar servicios educativos para estudiantes.
- Other / *Otro* : _____

WASHINGTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Authorization for Release of Information
Autorización para Divulgación de Información



E. Type/Description of Education/Health Information to be released:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> History and Physical Exams/ <i>Historia y exámenes físicos</i>
<input type="checkbox"/> Psychological Records/ <i>Registros Psicológicos</i>
<input type="checkbox"/> Mental Health Records/ <i>Registros de salud mental</i>
<input type="checkbox"/> Immunization Records/ <i>Registros de inmunización</i>
<input type="checkbox"/> Other/Comments/Otro Comentarios: _____ | <input type="checkbox"/> Treatment Information/ <i>Información de tratamiento</i>
<input type="checkbox"/> Current Medical Information/ <i>Información médica actual</i>
<input type="checkbox"/> Section 504 Service Plan/IEP/SST Data/Plan de Servicios 504/IEP/Datos de SST
<input type="checkbox"/> Admission and Discharge Summaries/ <i>Resúmenes de admisión y descarga</i> |
|--|---|

F. Expiration of Authorization/Vencimiento de Autorización

Unless otherwise revoked, this Authorization is effective upon my signing and shall expire : _____ (insert date or event)
A menos que se revoque de otra manera, esta Autorización entrará en vigencia a partir de la fecha de mi firma y vencerá el : _____ (inserte la fecha o el evento)

If no date is indicated, this Authorization will expire twelve (12) months after the date of signing this Authorization.
Si no se indica una fecha, esta Autorización caducará doce (12) meses después de la fecha de firma de esta Autorización.

G. Signature/Firma

By signing below, I authorize the disclosure and use of the educational/health information specified above, and further acknowledge that I have read and understand the Authorization Restrictions and Rights.
Al firmar a continuación, autorizo la divulgación y el uso de la información educativa / de salud especificada anteriormente, y además reconozco que he leído y entiendo las Restricciones y Derechos de Autorización.

Parent/ Guardian Signature	Firma del Padre / Tutor	Date/ Fecha
Parent/ Guardian Print	Padre / Tutor Imprimir	Relationship to Student/Relación con el estudiante

Authorization Restrictions and Rights

1. Refusing to sign this Authorization will not affect the District’s commitment to provide a quality education for your child. However, without the proper educational/health information, the District may not be able to properly plan and provide educational services for your child.
Firma Negarse a firmar esta Autorización no afectará el compromiso del Distrito de proporcionar una educación de calidad para su hijo/a. Sin embargo, sin la información educativa / de salud adecuada, es posible que el Distrito no pueda planificar y brindar los servicios educativos adecuados para su hijo.
2. This Authorization may be revoked at any time. To revoke this Authorization, you must provide the organization or individual listed in Section B of this Authorization with a written request to revoke this Authorization. The revocation will take effect when the organization or individual listed in Section B receives your revocation. Any information disclosed before your revocation is received by the organization or individual listed in Section B may be used as permitted in this Authorization. Please provide the District with a copy of the revocation.
Esta Autorización puede ser revocada en cualquier momento. Para revocar esta Autorización, debe proporcionar a la organización o individuo enumerado en la Sección B de esta Autorización una solicitud por escrito para revocar esta Autorización. La revocación tendrá efecto cuando la organización o individuo enumerado en la Sección B reciba su revocación. Cualquier información divulgada antes de que su revocación sea recibida por la organización o la persona indicada en la Sección B se puede utilizar según lo permitido en esta Autorización. Por favor proporcione al Distrito una copia de la revocación.
3. You have a right to receive a signed copy of this Authorization. Upon request, you will be provided a copy of this Authorization.
Usted tiene derecho a recibir una copia firmada de esta Autorización. Previa solicitud, se le proporcionará una copia de esta Autorización.
4. The District and many other organizations and individuals such as physicians, hospitals and health plans are required by law to keep your child’s educational/health information confidential. If you authorize the disclosure of your child’s educational/health information to a person or entity that is not legally required to keep it confidential, the information may be redisclosed and may no longer be protected by state or federal law.
La ley exige que el distrito y muchas otras organizaciones e individuos, como médicos, hospitales y planes de salud, mantengan la confidencialidad de la información educativa y de salud de su hijo/a. Si autoriza la revelación de la información educativa / de salud de su hijo/a a una persona o entidad que no está legalmente obligada a mantenerlo confidencial, la información puede volver a divulgarse y puede que ya no esté protegida por la ley estatal o federal.
5. A photocopy or fax copy of this Authorization is as valid as the original.
Una fotocopia o una copia de fax de esta Autorización es tan válida como el original.