

Downey Unified School District
Gallegos Administration Center
11627 Brookshire Avenue, P.O. Box 7017, Downey, California 90241-7017
(562) 469-6500, FAX: (562) 469- 6555

AUTHORIZATION FOR RELEASE AND/OR DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION

Please **Request** Medical Information **From:** _____

Name of Health Care Provider

Name of Medical Office/Hospital

Street Address

City, State and Zip Code

Please **Send** Medical Information **To:** _____

Downey Unified School District
Student Services/Special Education

Name of Person/Entity to Receive Information

(562)

Title (Psychologist, Nurse, Therapist), Phone Number

11627 Brookshire Ave., P.O. Box 7017

Street Address

Downey, CA 90241-7017

City, State and Zip Code

I hereby authorize _____ to release and/or disclose the medical information as indicated below to the health care provider, entity, or person I have indicated above.

Release and/or disclose records and information regarding:

Name of Patient

Medical Record Number

Date of Birth

Address

City

State

Zip Code

Telephone 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 if 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.

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

SPECIFY RECORDS: Check the box and initial which type of information is to be released and/or disclosed:

- 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 _____ (signature of parent)
 - Alcohol/Drug _____ (signature of parent)
 - Other: _____

I request that the health information release and/or disclosed pursuant to this authorization be used for the following purposes only: _____

A copy of this authorization is valid as an original.

I have the right to receive a copy of this authorization. The copy is for me to keep.

Date

Signature of Parent/Student's Representative

Indicate Relationship

**Distrito Escolar Unificado de Downey
Centro Administrativo Gallegos
11627 Brookshire Avenue, P.O.Box 7017, Downey, California 90241-7017
(562) 469-6500, FAX: (562) 469-6555**

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR Y/O DIVULGAR INFORMACION MÉDICA

Favor **Solicitar** Información Médica de:

Favor **Enviar** la Información Médica A:

Nombre del Proveedor de Atención Médica

Nombre de la Persona/Entidad que Recibe la Información

(562)

Nombre de la Oficina Médica/Hospital

Cargo (Psicóloga, Enfermera, Terapeuta), # Teléfono

11627 Brookshire Ave. P.O.Box 7017

Domicilio

Domicilio

Downey, CA 90241-7017

Ciudad, Estado y Código Postal

Ciudad, Estado y Código Postal

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

Proporcionar y/o divulgar registros e información relacionados con:

Nombre del Paciente

Número del Registro Médico

Fecha de Nacimiento

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 abajofirmante, en cualquier momento, con anterioridad a la entrega 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: Chequee la caja y la inicial del tipo de información que será proporcionado y/o divulgado:

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 _____ (firma de los padres)

Alcohol/Drogas _____ (firma de los padres)

Otro: _____

Solicito que la información de salud proporcionada y/o divulgada de acuerdo con esta autorización sea usada para los siguientes propósitos únicamente: _____

Una copia de esta autorización es válida como el original.

Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. La copia es para mis registros.

Fecha

Firma de los Padres/Representante del Estudiante

Indicar la Relación