



American Academy of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

California Chapter 4

**AUTHORIZATION FOR USE AND/OR DISCLOSURE OF MEDICAL AND/OR EDUCATIONAL INFORMATION**

Affix Patient Stamp or Complete Information

Name of Student/Child _____
Date of Birth _____
Address of Student/Child _____
City, State, Zip Code _____

***I authorize the following individual or organization to disclose the above named individual's health/education/school information as described below:***

Individual/Health Care Provider:  Disclosing Information  
 Receiving Information  
 Disclosure and Receiving

School/Education Program Receiving Information

Disclosing party _____
Address _____
City, State, Zip Code _____
Telephone _____

Receiving Party _____
Address _____
City, State, Zip Code _____
Telephone _____

***I give permission for both parties identified above to disclose and receive this information***

Duration: This authorization shall become effective immediately and shall remain until \_\_\_\_\_ (date) or for one year from the date of signature if no date is entered.

Revocation: I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time by sending such written notification to the releasing agency. Written revocation will be effective upon receipt, but will not apply to information that has already been released in response to this authorization.

Redisclosure: I understand that health information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and it is no longer protected by federal laws and regulations regarding the privacy of protected health information. I further understand the confidentiality of the information when released to a public educational agency is protected as a student record under the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA).

Health Info: I understand that authorizing the disclosure of health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I do not need to sign this form in order to assure medical treatment.

Specify: Indicate type of information to be disclosed:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medical Information        | <input type="checkbox"/> Medication History  | <input type="checkbox"/> Medications (current)        |
| <input type="checkbox"/> Return to school (absence) | <input type="checkbox"/> Treatment plans     | <input type="checkbox"/> Recommendations for school   |
| <input type="checkbox"/> Mental Health              | <input type="checkbox"/> Diagnosis           | <input type="checkbox"/> Disease-specific information |
| <input type="checkbox"/> Relevant Lab Results       | <input type="checkbox"/> Vaccination Records | <input type="checkbox"/> Drug/Alcohol Information     |
| <input type="checkbox"/> Rating Forms               | <input type="checkbox"/> Behavioral Concerns | <input type="checkbox"/> Other _____                  |

***I request that the information released pursuant to this authorization be used for the following purposes only:***

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b><i>Health Assessment</i></b>  | <input type="checkbox"/> <b><i>Educational Planning</i></b> |
| <input type="checkbox"/> <b><i>Medical Management</i></b> | <input type="checkbox"/> <b><i>Other</i></b> _____          |

***A copy of this authorization is valid as an original.  
I understand that I have the right to receive a copy of this authorization for my records.***

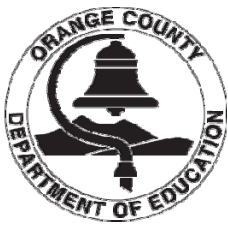
---

***Student/Child's Parent/Guardian/Representative Signature***

---

***Description of Relationship to Child***

***Date***



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE ORANGE COUNTY  
SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

**AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O REVELAR  
INFORMACIÓN MÉDICA Y/O EDUCATIVA**

Nombre del estudiante (escriba otros nombres que use) N° de Historia clínica(si corresponde) Fecha de nacimiento

Domicilio del estudiante

Número de teléfono

Otro Número de Teléfono

Autorizo a la organización o a la persona siguiente a intercambiar la información médica/educativa de la persona nombrada anteriormente según se describe a continuación:

Organización/Persona	Organización/Persona
Organización/Nombre	Organización/Nombre
Dirección	Dirección
Ciudad, Estado, Código postal	Ciudad, Estado, Código postal
N° de teléfono	N° de teléfono

**Duración:** Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y seguirá vigente hasta (fecha) o durante un año a partir de la fecha en que se firma si no se indica una fecha.

**Revocación:** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante envío de dicha notificación escrita al organismo que revela la información. La revocación escrita será efectiva desde el momento de ser recibida, pero no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.

**Nueva Instancia de revelación de información:** Entiendo que la información médica utilizada o revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva instancia de revelación por parte del receptor y ya no se encuentra amparada por las leyes y normas federales relacionadas con la privacidad de la información médica protegida. Asimismo comprendo que la confidencialidad de la información una vez divulgada a un organismo público de educación está protegida como historial del estudiante según los términos de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés).

**Información médica:** Comprendo que autorizar la revelación de información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario que firme este formulario para garantizar la atención médica.

**Especifique el o los registros:** Indique el tipo de información que será revelada:

- Información médica       Información de medicamentos       Información psicológica  
 Evaluación del habla/lenguaje       Evaluación de terapia ocupacional/física  
 Historial educativo       Otro: \_\_\_\_\_

Solicito que la información divulgada de conformidad con esta autorización sea utilizada únicamente para los siguientes fines:

- Evaluación educativa       Planificación educativa       Otro: \_\_\_\_\_

Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización para mis archivos personales.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante o  
del representante del estudiante

\_\_\_\_\_  
Descripción de la relación con el estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha