



**Exhibit 6164.6 (4): Identification And Education Under Section 504 -
 Authorization for Release of Information**

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

I authorize the District to further release the educational/health information to the following agencies or persons for the purposes stated below (attach additional pages if more space needed):

A. Student/Patient Information	
Name:	Date of Birth:
Home Address:	
Telephone Number:	Medical Record Number (if applicable):
Previous School:	Present School:
B. Educational/Health Information to be Released From	
Agency/Person:	
Address:	
Telephone Number:	Fax Number:
C. Educational/Health Information to be Released To and Used By	
Agency/Individual:	
Address:	
Telephone Number:	Fax Number:

Agency/Individual:	
Address:	
Telephone Number:	Fax Number:



Exhibit 6164.6 (4): Identification And Education Under Section 504 - Authorization for Release of Information

Agency/Individual:
Address:
Telephone Number: Fax Number:

D. Purpose of the Requested Educational/Health Information

- Release of educational/health information at the request of the student's parent, guardian, or legal representative.
Provide and plan educational services for student.
Other:

Doctor's Email: Phone:

Therapist /Psychiatrist Email: Phone:

E. Type/Description of Educational/Health Information to be Released

- History and Physical Exams Treatment Information
Psychological Records Current Medical Information
Mental Health Records Section 504 Service Plan/IEP/SST Data
Immunization Record Admission and Discharge Summaries
Other/ Comments:

Release and Exchange of Information

F. Expiration of Authorization

Unless otherwise revoked, this Authorization is effective upon my signing and shall expire [insert date or event]. If no date is indicated, this Authorization will expire twelve (12) months after the date of signing this Authorization.



**Exhibit 6164.6 (4): Identification And Education Under Section 504 -
Authorization for Release of Information**

G. Signature

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.

Authorization Restrictions and Rights

1. Refusing to sign this Authorization will not affect the District's commitment to providing 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.
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.
3. You have a right to receive a signed copy of this Authorization. Upon request, you will be provided a copy of this Authorization.
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 re-disclosed and may no longer be protected by state or federal law.
5. A photocopy or fax copy of this Authorization is as valid as the original.

Signature

Date

Autorizo al Distrito a seguir divulgando la información educativa/de salud a las siguientes agencias o personas para los fines que se indican a continuación (adjunte páginas adicionales si necesita más espacio):



**Exhibit 6164.6 (4): Identification And Education Under Section 504 -
 Authorization for Release of Information**

A. Información del estudiante/paciente	
Nombre:	Fecha de nacimiento
Dirección de casa:	
Numero de Telefono:	Número de registro médico (si corresponde):
Escuela anterior:	Escuela actual:
B. Información educativa/de salud que se divulgará	
Agencia/Persona:	
Dirección de Oficina:	
Número de teléfono:	Número de fax:
C. Información educativa/de salud para ser divulgada y utilizada por	
Agencia/Persona:	
Dirección de Oficina:	
Número de teléfono:	Número de fax:
Agencia/Persona:	
Dirección de Oficina:	
Número de teléfono:	Número de fax:
Agencia/Persona:	
Dirección de Oficina:	



**Exhibit 6164.6 (4): Identification And Education Under Section 504 -
Authorization for Release of Information**

Número de teléfono:	Número de fax:
---------------------	----------------

D. Propósito de la información educativa/de salud solicitada

- Divulgación de información educativa/de salud a solicitud del padre, tutor o representante legal del estudiante.
- Proporcionar y planificar servicios educativos para los estudiantes.
- Otro: _____

E. Tipo/Descripción de la información educativa/de salud que se divulgará

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historial y Exámenes Físicos | <input type="checkbox"/> Información de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Registros Psicológicos | <input type="checkbox"/> Información médica actual |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud mental | <input type="checkbox"/> Datos del plan de servicio/IEP/SST de la Sección 504 |
| <input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación | <input type="checkbox"/> Resúmenes de admisión y alta |
| <input type="checkbox"/> Otros comentarios: | |

Divulgación e intercambio de información

F. Caducidad de la autorización

A menos que se revoque de otro modo, esta Autorización entrará en vigencia a partir de mi firma y vencerá el [insertar fecha o evento]. Si no se indica fecha, esta Autorización vencerá doce (12) meses después de la fecha de firma de esta Autorización.

G. Firma

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.

Restricciones y derechos de autorización

**Exhibit 6164.6 (4): Identification And Education Under Section 504 -
Authorization for Release of Information**

1. Negarse a firmar esta Autorización no afectará el compromiso del Distrito de proporcionar una educación de calidad para su hijo. Sin embargo, sin la información educativa/de salud adecuada, es posible que el Distrito no pueda planificar y proporcionar adecuadamente los servicios educativos para su hijo.
2. Esta Autorización puede ser revocada en cualquier momento. Para revocar esta Autorización, debe proporcionar a la organización o individuo que se indica en la Sección B de esta Autorización una solicitud por escrito para revocar esta Autorización. La revocación entrará en vigencia cuando la organización o persona enumerada en la Sección B reciba su revocación. Cualquier información divulgada antes de que la organización o persona enumerada en la Sección B reciba su revocación puede usarse según lo permitido en esta Autorización. Proporcione al Distrito una copia de la revocación.
3. Tiene derecho a recibir una copia firmada de esta Autorización. Si lo solicita, se le proporcionará una copia de esta Autorización.
4. El Distrito y muchas otras organizaciones e individuos tales como médicos, hospitales y planes de salud están obligados por ley a mantener confidencial la información educativa/de salud de su hijo. Si autoriza la divulgación de la información educativa/de salud de su hijo a una persona o entidad que no está legalmente obligada la información puede volver a divulgarse y es posible que ya no esté protegida por la ley estatal o federal.
5. Una fotocopia o copia por fax de esta Autorización es tan válida como el original.

Firma

Fecha