VENTURA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
EDUCATION SERVICE CENTER
OFFICE OF PUPIL SERVICES AND SPECIAL EDUCATION
255 W. Stanley Avenue, Suite 100, Ventura, CA 93001
(805) 641-5000 Fax: (805) 653-7849

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

Student's Name _____ *Social Security* _____ *Sex* _____ *Birthdate* _____

Parent/Guardian Name _____ *School* _____ *Grade* _____

Street Address _____ *City* _____ *State* _____ *Zip* _____ *Home Phone* _____

❒ I authorize the **Ventura Unified School District** to **REQUEST** information pertaining to the above named individual as described below **FROM** the following individual(s) or organization(s):

❒ I authorize the **Ventura Unified School District** to **RELEASE** information pertaining to the above named individual, as described below, **TO** the following individual(s) or organization(s):

Name	*Name*
Address	*Address*
City, State, Zip Code	*City, State, Zip Code*

Duration: This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until _____ or for one year from the date of signature if no date is entered. *(Date)*

Revocation: I understand that I have the right to revoke the 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 redisclosure 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 Educational Rights and Privacy Act (FERPA) and Ventura Unified School District cannot be responsible for any redisclosure of information.

Health Information: I understand that authorizing the disclosure of health information is voluntary. I can refuse to sign the authorization.

Specify Record(s): Indicate type of information to be disclosed: ❒ **Medical/Medication Information** ❒ **Mental Health**

❒ **Educational Records** ❒ **Psychological or Counseling Information** ❒ **Developmental**

❒ **Other:** _____

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

❒ **Educational Assessment** ❒ **Educational Planning** ❒ **Other:** _____

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

_____ _____ _____
(Signature of Student or Student's Representative) ***(Description of Relationship to Student)*** ***(Date)***

PLEASE SEND RECORDS TO: _____
(Name and Title of Person Requesting Records)

_____
(Name & Address of School/Site Location)

_____
(FAX Number & E-mail Address of Person Requesting Records)

Distribution: ❒ **District Office** ❒ **Appropriate Individual/Agency** ❒ **Cumulative Folder** **9/16:lz**

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE VENTURA
OFICINA DE SERVICIOS ESTUDIANTILES Y EDUCACIÓN ESPECIAL
255 W. STANLEY AVENUE, SUITE 100
VENTURA, CALIFORNIA 93001
(805) 641-5000/(805) 653-7849 fax

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O EDUCATIVA

Nombre del estudiante _____ Seguro Social _____ F/M _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre/madre o tutor _____ Escuela _____ Grado _____

Domicilio _____ Apartamento _____ Teléfono de la casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono del trabajo _____

Por la presente autorizo al Distrito Escolar Unificado de Ventura a:
❒ Entregar información a:
❒ Solicitar información sobre el estudiante nombrado, tal como se indica a continuación:

Nombre	*Nombre*
Domicilio	*Domicilio*
Ciudad, Estado Código postal	*Ciudad, Estado Código postal*

Duración: Esta autorización deberá ser efectiva inmediatamente y estará en efecto hasta: _____ *(fecha)* o por un año desde la fecha que se firma en caso de que no se indique la fecha.

Revocación: Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento si envió una notificación por escrito a la agencia que divulga la información. La revocación escrita entrará en efecto en cuanto se reciba, pero no aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización.

Si se vuelve a divulgar la información: Comprendo que la información de salud que se utilice o se divulgue debido a esta autorización podría ser divulgada nuevamente por la entidad que recibe la información y, si es así, ya no estaría protegida por las leyes y regulaciones federales que rigen la privacidad de información protegida de salud. Comprendo además que bajo FERPA (Ley de los derechos educativos y de la privacidad de la familia) la confidencialidad de la información que se divulga a una agencia pública de educación está protegida en el expediente del estudiante y que el Distrito Escolar Unificado de Ventura no se hace responsable si la información se vuelve a divulgar por otra agencia.

Información de salud: Comprendo que la autorización para la divulgación de información de salud es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar dicha autorización.

Especificar el/los expediente(s): Indicar el tipo de información que se divulgará: ❒ **Información médica/sobre medicamentos**

❒ **Salud mental** ❒ **Expediente educativo** ❒ **Información psicológica o de consejería** ❒ **Información sobre el desarrollo**

❒ **Otro:** _____

Solicito que la información divulgada sólo sea utilizada con el siguiente propósito:

❒ **Evaluación educativa** ❒ **Planeamiento educativo** ❒ **Otro:** _____

Las copias de esta autorización tienen el mismo valor que una original.
Comprendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización para mi expediente.

_____ _____ _____
Firma del estudiante o su representante *Parentesco con el estudiante* *Fecha*

PLEASE SEND RECORDS TO: _____
(Name and Title of Person Requesting Records)

_____
(Name & Address of School/Site Location)

_____
(FAX Number & E-mail Address of Person Requesting Records)

Distribution: - ❒ District Office ❒ Appropriate Individual/Agency ❒ Cumulative Folder 7/16