



Los Angeles Unified School District  
**STUDENT HEALTH AND HUMAN SERVICES**

**ATTACHMENT F**



**Parent/Guardian Authorization for Release/Exchange of Information**

Date: \_\_\_\_\_ To Parent(s)/Guardian(s) of: \_\_\_\_\_

This document authorizes the release/exchange of information relating to my child between the agency personnel listed below and a representative of LAUSD. The information received shall be reviewed only by appropriate professionals in accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974.

TO: _____ Agency Staff Name/Title		RE: _____ Student Last Name		_____ Student First Name	
_____ Agency, Institution, or Department		Date of Birth: _____ / _____ / _____ Month Day Year			
_____ Street Address		_____ Home Street Address			
_____ City	_____ State	_____ Zip	_____ City	_____ State	_____ Zip
_____ Agency Phone Number		_____ Home Phone Number			
I hereby give you permission to release/exchange the following information to assist in determining student needs:					
<input type="checkbox"/> Medical/Health		<input type="checkbox"/> Speech & Language		<input type="checkbox"/> Educational	
<input type="checkbox"/> Psychological/Mental Health		<input type="checkbox"/> Other – Specify: _____			
THIS INFORMATION IS TO BE SENT TO:					
_____ School Staff Name		_____ Title/School or Office			
_____ School Address & Telephone Number					
This authorization shall be valid until _____ unless revoked earlier.					
I request a copy of this authorization: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
_____ Name of Parent/Legal Guardian			_____ Phone Number		
_____ Signature of Parent/Legal Guardian			_____ Date		



### Autorización de Padres/Tutor Legal Para Intercambiar Información

Fecha: \_\_\_\_\_ A los Padres/Tutores de: \_\_\_\_\_

Este documento autoriza el intercambio de información sobre su niño/a entre el personal de la agencia indicada y un representante del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles. La información recibida será revisada únicamente por profesionales apropiados en acuerdo con Los Derechos Educativos Familiares y Acto de Privacidad de 1974.

TO: _____			RE: _____		
Nombre del Personal de Agencia/Título		Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante		
_____			Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____		
Agencia, Institución, o Departamento			Mes	Día	Año
_____			_____		
Dirección			Dirección de Residencia		
_____		_____		_____	
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
_____			_____		
Numero de Teléfono de Agencia			Numero de Teléfono de Casa		
Por la presente doy permiso para divulgar/intercambiar la siguiente información para determinar las necesidades del alumno:					
<input type="checkbox"/> Médica/Salud		<input type="checkbox"/> Hablar y Lenguaje		<input type="checkbox"/> Educacional	
<input type="checkbox"/> Psicológico/Salud Mental		<input type="checkbox"/> Otra: _____			
<b>ESTA INFORMACIÓN SERÁ ENVIADA A:</b>					
_____			_____		
Nombre de Personal Escolar			Título/Escuela u Oficina		
_____					
Dirección de Escuela y Número de Teléfono					
Esta autorización será válida hasta _____ solo que sea revocada antes.					
Yo requiero una copia de esta autorización: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
_____			_____		
Nombre de Padre / Tutor Legal			Numero de Teléfono		
_____			_____		
Firma de Padre / Tutor Legal			Fecha		