



Parent Authorization for Release/Exchange of Information

Date: _____ To Parent/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: _____ Name / Title		RE: _____ Student Last Name First Name	
_____ Agency, Institution, or Department		Date of Birth: ____ / ____ / ____ Month Day Year	
_____ Street Address		_____ Street Address	
_____ City	_____ State	_____ Zip	_____ City
			_____ State
			_____ Zip

I hereby give you permission to release/exchange the following information:

Medical/Health Speech & Language Educational

Psychological/Mental Health Other – Specify: _____

The information will be used to assist in determining the needs of the pupil.

THIS INFORMATION IS TO BE SENT TO:

_____ Name		_____ Title/School or Office	
_____ Address & Telephone Number			

This authorization shall be valid until _____ unless revoked earlier.

I request a copy of this authorization: Yes No

Signature: _____ Date: _____
Parent/Legal Guardian



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
STUDENT HEALTH AND HUMAN SERVICES
SCHOOL MENTAL HEALTH

ATTACHMENT K

Autorización de Padres 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 / Título Apellido del Estudiante Primer Nombre

_____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Agencia, Institución, o Departamento Mes Día Año

_____ Dirección Dirección

_____ Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal

Por la presente doy permiso para divulgar / intercambiar la siguiente información:

Médica/Salud Hablar y Lenguaje Educacional
 Psicológico/Salud Mental Otra Cosa: _____

La información será usada para determinar las necesidades del alumno.

ESTA INFORMACIÓN SERÁ ENVIADA A:

_____ Nombre Título/Escuela o Oficina

_____ Dirección y Número de Teléfono

Esta autorización será válida hasta _____ solo que sea revocada antes.

Yo requiero una copia de esta autorización: Si No

Firma: _____ Fecha: _____
Padre / Tutor Legal