

PORTERVILLE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

600 W. GRAND AVE. - PORTERVILLE, CA 93257 - (559) 793-2488

REQUEST FOR RELEASE OF INFORMATION To PORTERVILLE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

DATE: _____

TO: PRIOR AGENCY _____

ADDRESS _____

CITY, STATE, ZIP _____

Please send information, including academic/achievement, psychiatric/psychological assessment and/or language functioning assessment and/or medical testing records regarding:

Name of Student

Date of Birth

Please send these records to:

Attn: _____ Title: SCHOOL NURSE
Porterville Unified School District
600 W. Grand Ave.
Porterville, CA 93257
(559) 782-7250 Office (888) 600 4352 FAX

Duration: This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until 1 year (Enter date) or for one year from the date of signature if no date entered. This will allow the exchange of information between _____ and the Porterville Unified School District.

Revocation: This authorization may be revoked in writing by the undersigned at any time prior to the release of information from the disclosing party. Written revocation will not affect any action taken in reliance on this authorization before the written revocation was received.

Disclosure: I understand that the requester may not lawfully further use or disclose the health information Unless another authorization is obtained from me or unless disclosure is specifically required or permitted by law.

I request that the health (mental/medical) information released and/or disclosed pursuant to this authorization be used for the following purposes only: _____ to facilitate the educational planning for the student.

Parent/Guardian Signature

Relationship (if not signed by patient)

Date

Secretary or Requester

Psychologist/Nurse/RSP

Date

PORTERVILLE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

600 W. GRAND AVE. - Porterville, CA 93257 - (559) 793-2488

SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA PORTERVILLE DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO

FECHA: _____

A: ANTES AGENCIA _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD, ESTADO, ZIP _____

Por favor enviar información, incluyendo los sectores académicos, el logro, psiquiátricas y psicológicas de evaluación y / o funcionamiento de evaluación de idioma y / o registros de las pruebas médicas en relación con:

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Por favor, envíe estos documentos a:

A la atención de:

Título:

**Distrito Escolar Unificado de Porterville
600 W. Grand Avenue.
Porterville, CA 93257
(559) 793-2488 Oficina (559) 791-0401 Fax**

Duración: La presente autorización surtirá efecto de inmediato y permanecerá en vigor hasta _____ (Introduce la fecha) o durante un año a partir de la fecha de la firma si no hay fecha introducida. Esto permitirá el intercambio de información entre _____ y el Distrito Escolar Unificado de Porterville.

Revocación: La presente autorización podrá ser revocada por escrito por el abajo firmante en cualquier momento antes de la liberación de la información de la parte reveladora. Revocación no afectará cualquier acción tomada en relación a esta autorización en escrito antes de la revocación ha sido recibido.

Divulgación: Tengo entendido que el solicitante no puede legalmente uso o revelar la información de salud A menos que otra autorización se obtiene a partir de mí o si la divulgación se requiere específicamente O permitidos por la ley.
Solicito que la salud (mental / médico) publicó información y / o divulgada de conformidad con esta autorización se utilizarán para los siguientes fines: para facilitar la planificación de la educación para el estudiante.

Firma del Padre o Tutor

Relación (si no está firmado por el paciente)

Fecha

Secretario o Solicitador

Psicólogo / Enfermera / RSP

Fecha