



Authorization for Release of Medical Information or Records

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_\_ Female \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

File Number: \_\_\_\_\_

I, the undersigned, hereby authorize \_\_\_\_\_

(Medical facility or other care provider)

to provide written and/or verbal medical information or records to:

Santa Ana Unified School District: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Attention: \_\_\_\_\_

(Name of Duly Authorized Representative)

This information is for the purpose of:

- School program modification.
- Consideration for a special education program.
- Other \_\_\_\_\_

This supplied information is restricted to school use.

The medical condition or injury for which information is desired is: \_\_\_\_\_

The time period covered is: \_\_\_\_\_

**UNLESS YOU SIGN HERE, NO INFORMATION ABOUT ALCOHOL/SUBSTANCE ABUSE, HIV/AIDS, OR MENTAL HEALTH WILL BE DISCLOSED:**

**YES, DISCLOSE THIS INFORMATION \*** \_\_\_\_\_

**NO, DO NOT DISCLOSE THIS INFORMATION \*** \_\_\_\_\_

1. I understand that the information used or disclosed may be subject to re-disclosure by the person or class of persons or facility receiving it, and would then no longer be protected by federal privacy regulations.
2. I may revoke this authorization by notifying Santa Ana Unified School District in writing of my desire to revoke it. However, I understand that any action already taken in reliance on this authorization cannot be reversed, and my revocation will not affect those actions.
3. This authorization expires on \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, OR upon occurrence of the following event that relates to me or to the purpose of the intended use or disclosure of information about me: \_\_\_\_\_.

**THIS FORM MUST BE FULLY COMPLETED BEFORE SIGNING – note that signature is required in two places. \***

_____ <b>Signature of Individual*</b> (The person about whom the information relates)  <i>OR, if applicable –</i>	_____ <b>Date of Individual's Signature</b>	_____ <b>Date of Birth or Social Security Number</b>
_____ <b>Signature of Guardian* or Personal Representative of Patient's Estate</b>	_____ <b>Date of Guardian's/Personal Representative's Signature</b>	_____ <b>Description of Authority to Act for the Individual</b>

*A copy of this completed, signed and dated form must be given to the Individual or other signator.*



# Distrito Escolar Unificado de Santa Ana

## Autorización para compartir información o historial médico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Número de archivo: \_\_\_\_\_

Yo, el suscrito, autorizo a \_\_\_\_\_

(Oficina médica u otro encargado de cuidados)

de otorgar informes o historial médico por escrito o verbalmente a:

Santa Ana Unified School District: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_

(Nombre del representante debidamente autorizado)

Esta información se brinda con el propósito de:

- Modificación del programa escolar.
- Consideración para un programa de educación especial.
- Otro \_\_\_\_\_

La información brindada es exclusivamente para el uso de la escuela.

La condición médica o lesión por la cual se desea esta información es: \_\_\_\_\_

El período de tiempo que cubre es: \_\_\_\_\_

**A MENOS QUE FIRME AQUÍ, NO SE DIVULGARÁ INFORMACIÓN SOBRE ABUSO DE ALCOHOL / SUSTANCIAS, VIH / SIDA O SALUD MENTAL:**

**SÍ, REVELAR ESTA INFORMACIÓN \*** \_\_\_\_\_

**NO, NO REVELES ESTA INFORMACIÓN \*** \_\_\_\_\_

1. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o clase de personas o institución que la recibe, y que luego ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.
2. Puedo revocar esta autorización notificando por escrito al Distrito Escolar Unificado de Santa Ana mi deseo de revocarlo. Sin embargo, entiendo que cualquier acción que ya se haya tomado en virtud de esta autorización no se puede revertir, y mi revocación no afectará esas acciones.
3. Esta autorización vence el \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, O al ocurrir el siguiente evento que se relaciona con mí o con el propósito del uso previsto o la divulgación de información sobre mí: \_\_\_\_\_.

**ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE COMPLETAMENTE ANTES DE FIRMAR:**

tenga en cuenta que se requiere firma en dos lugares. \*

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo \*  
(La persona con la que se relaciona la información)  
O, si corresponde –

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma del individuo

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento o # de seguro social

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor \* o Representante personal  
patrimonio del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma del tutor/  
representante personal

\_\_\_\_\_  
Descripción personal/agencia para actuar del  
actuar por el individuo

**Se debe entregar una copia de este formulario completo, firmado y fechado al individuo u otro firmante.**