



Authorization for Exchange of Information
Autorización para Intercambio de Información

District of Residence

Date:
Fecha

Student: Last /Apellido First /Primer Nombre de el/la Estudiante Gender/ Género Age/Edad DOB / Fecha de Nacimiento

Address: Home Address / Domicilio Actual City / Ciudad Zip Code / Zona Postal Current School / Escuela Actual

Parent/Guardian: Padre/Guardián Legal Home #: Teléfono del Hogar Mobil #: Teléfono Móvil / Celular

Email: Correo Electrónico Work #: Teléfono de Empleo

I hereby authorize the Exchange of records between the following:
Por la presente, autorizo el intercambio de expedientes entre:

Agency / La Agencia School District / Distrito Escolar

Attention: Con atención a (nombre de la persona autorizada)

Please send records to the above stated district
Por favor envíe expediente(s) at distrito escolar indicado

Requested records will be used for the following purpose(s)
Los expedientes solicitados se utilizarán para el/los siguiente(s) propósito(s)

This authorization shall remain for one year from the date of signature unless revoked in writing by the parent or adult student, guardian or conservator.

Esta autorización permanecerá vigente por un año a partir de la fecha en que se firmó, a menos que sea revocada por escrito por el padre, estudiante adulto, guardián legal o persona con tutela/custodia legal.

I hereby consent to the release of:
Por la presente doy consentimiento para que se proporcionen intercambio de:

- Audiological reports, Medical Reports, Psychological / Psychiatric reports, IPP, IFSP, Educational Reports, PT/OT Evaluation, progress reports, Other:

Signature / Firma: X Date:
Person giving consent / Firma de la persona quien da consentimiento Fecha

Indicate Relationship to Student / Indique la su relación con el/la estudiante:

Guardian /Guardián Legal Parent / Padre Adult Student / Estudiante Adulto Surrogate / Tutela Legal