



Pajaro Valley Unified School District  
PARENT / GUARDIAN AUTHORIZATION TO REQUEST / RELEASE INFORMATION

Student / Patient Information

Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Today's Date \_\_\_\_\_  
Home Address \_\_\_\_\_

This authorization allows information relevant to your child's education to go to, from and between the representatives of the Pajaro Valley Unified School District and representatives of the agencies and / or person (s) listed below. This information will be used in assessing your child's educational needs and in developing an appropriate educational program.

Person or Agency: \_\_\_\_\_ Person or Agency: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_  
Phone / Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Phone / Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Contact (if agency): \_\_\_\_\_ Contact (if agency): \_\_\_\_\_  
Person or Agency: \_\_\_\_\_ Person or Agency: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_  
Phone / Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Phone / Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Contact (if agency): \_\_\_\_\_ Contact (if agency): \_\_\_\_\_  
Agency: Pajaro Valley U.S.D./ Valencia Elementary  
Address: 250 Aptos School Road  
Phone / Fax: 831.728.7836 / 831.728.6489  
Contact: School Nurse

Type / description of Health Information to be released:

Immunization Record \_\_\_\_\_ Consultation Report \_\_\_\_\_ Lab / X-Ray Report \_\_\_\_\_ Clinic Summary \_\_\_\_\_  
Physician Orders \_\_\_\_\_ Progress Notes \_\_\_\_\_ Discharge Report \_\_\_\_\_ Appointment Dates \_\_\_\_\_  
History & Physical \_\_\_\_\_ Operative Report \_\_\_\_\_ Billing Statements \_\_\_\_\_ Mental Health Records \_\_\_\_\_  
Dental Records \_\_\_\_\_ Other  *May discuss/release health information that may affect attendance*

Expiration of Authorization Unless otherwise revoked, this Authorization is effective upon my signing it and shall expire on \_\_\_\_\_ (insert applicable date or event). If no date is indicated, this shall expire 12 months after the date of signing this authorization.

By signing below, I authorize the disclosure and use of the health information specified above, and further acknowledge that I have read and understand the Authorization Restrictions and Rights on the reverse side.

Parent / Guardian Signature \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_ State Relationship to Student \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



Districto Escolar Unificado del Valle de Pajaro  
AUTORIZACION para OTORGAR INFORMACION DE SALUD DEL ALUMNO

Información del Alumno / Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_

Esta autorización permite que información pertinente a la educación de su hijo / hija sea compartida entre los representativos de Distrito Escolar del Valle de Pajaro y los representativos de las agencias y/o personas nombradas abajo. Esta información será usada para proveer y planificar los servicios educacionales que son apropiados para su hijo / hija.

Persona o Agencia: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono / Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Representante (si es agencia): \_\_\_\_\_

Persona o Agencia: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono / Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Representante (si es agencia): \_\_\_\_\_  
Agencia: Pajaro Valley U.S.D. / Valencia Elementary  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono / Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Representante: \_\_\_\_\_

Tipo / descripción de Información de Salud para ser otorgada:

- Archivos de Inmunizaciones \_\_\_\_\_ Reporte de Consultación \_\_\_\_\_
- Ordones del Medico \_\_\_\_\_ Apuntes de Progreso \_\_\_\_\_
- Antecedentes y Fisicos \_\_\_\_\_ Reporte de Operativos \_\_\_\_\_
- Archivos Dentales \_\_\_\_\_ Otro: *Proveedor puede discutir / información de salud liberación que pueda afectar al rendimiento y/o asistencia a la escuela en la* \_\_\_\_\_

Vencimiento de la Autorización A menos que sea revocada, esta Autorización estará en efecto después de firmarla y se vencerá el \_\_\_\_\_ (ponga fecha o evento aplicable). Si no hay fecha indicada, esta se vencerá 12 meses después de la fecha en que se firmo esta Autorización.

**Firmando la parte de abajo, Yo autorizo la revelación y el uso de la información de salud especificada arriba, y reconozco que yo he leído y que entiendo las Restricciones y Derechos de la Autorización ubicada en el dorso de esta forma.**

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Su Nombre Imprimado \_\_\_\_\_  
Declare la Relación con el Alumno \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_