



Authorization for Exchange of Medical Information
Autorización para el Intercambio de Información Médica

SECTION I- INFORMATION REQUESTED FROM	
NAME/Nombre: _____ AGENCY/Agencia _____ ADDRESS/direccion: _____	NAME OF PERSON DISCLOSING INFORMATION/Nombre de persona que divulga información: _____ TITLE/Título: _____
Name of Student/ Nombre del estudiante: _____ Birth Date/fecha de nacimiento: _____ Date/ fecha: _____	
Specific nature of information to be disclosed/ Específica información a revelar: _____ _____	
SECTION II – AUTHORIZATION/ Autorizacion	
<p>I hereby authorize the release of medical information as described in Section 1 to the individuals who are affiliated with the school/agency indicated in Section III. <i>Por la presente autorizo la divulgación de información médica como se describe en la Sección 1 a las personas afiliadas a la escuela/agencia indicada en la Sección III.</i></p> <p>This authorization expires on/ fecha de vencimiento: _____</p> <p align="center"> _____ Parent Signature/ firma de padre Date/ Fecha </p>	
<p>If the student is a minor authorized to consent to health care without parental consent under federal and state law, only the student shall sign this authorization form. <i>Si el estudiante es un menor de edad autorizado para dar su consentimiento para recibir atención médica sin el consentimiento de los padres según las leyes federales y estatales, solo el estudiante deberá firmar este formulario de autorización.</i></p>	
SECTION III - AGENCY RECEIVING INFORMATION	
AGENCY/SCHOOL: WEST VALLEY SCHOOL DISTRICT NAME/POSITION: _____ FAX NUMBER: _____ PHONE: _____ ADDRESS: _____	This information disclosed to you is protected by state and federal law. You are prohibited from releasing it to any agency or person not listed on this form without a specific written consent of the person to whom it pertains. A general authorization for release of medical or other information is not sufficient. See chapter 70.02 RCW Envelope shall be marked “confidential”