



**HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
HEALTH AND MEDICAL SERVICES  
Gwendolyn Johnson, Manager**

**CONSENT FOR RELEASE OF VERBAL AND/OR WRITTEN CONFIDENTIAL MEDICAL  
INFORMATION**

I hereby authorize:	To exchange information with:
_____ Physician/Medical Facility	_____ Houston Independent School District-Location
_____ Attn:	_____ School Nurse
_____ City, State, Zip	_____ City, State, Zip
_____ Telephone Number	_____ Telephone Number
_____ Fax Number	_____ Fax Number

<b>Confidential medical information concerning:</b>	<b>Student ID/</b>	<b>School:</b>
<b>Name:</b> _____	<b>MR# (if available):</b> _____	_____
<b>DOB:</b> _____		

The above information is required for the following purposes: **Educational Planning and Programming**

This information may include but is not limited to communicable diseases such as Human Immunodeficiency Virus, Psychiatry, Drug and/or Alcohol Abuse.

Yes     No    I have been fully informed and understand the school's request for my consent, as described above. This information will be released/requested upon receipt of my written consent.

Yes     No    I understand that my consent is voluntary and may be revoked at any time.

\*Your rights were explained to you when you were/your child was initially referred for special education assessment. Federal regulations require that parents and adult students be provided a full explanation of all procedural safeguards (rights) in their native language or other mode of communication each time the district proposes or refuses to initiate or change the identification, evaluation, or educational placement of you or your child or the provision of a free appropriate public education (FAPE) to you or your child. Another copy of the procedural safeguards (rights) is attached to this form.

Date given: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_  
Name

**This authorization automatically expires one year from the date of signature.**

_____ Patient/Student Signature	_____ Date	_____ Parent/Guardian Signature	_____ Date
_____ Address		_____ Address	
_____ Work Telephone (if applicable)		_____ Work Telephone (if applicable)	
_____ Cell Number (if applicable)		_____ Cell Telephone (if applicable)	
_____ Witness Signature (if applicable)		_____ Witness Signature (if applicable)	



**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON  
SERVICIOS MÉDICOS Y DE SALUD  
Gwendolyn Johnson, Gerente**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL MÉDICA POR ESCRITO  
Y/O VERBAL**

Por medio de la presente autorizo a:

\_\_\_\_\_  
Médico o instalación médica

\_\_\_\_\_  
Atención:

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fax

Para intercambiar información con:

\_\_\_\_\_  
Lugar del Distrito Escolar Independiente de Houston

\_\_\_\_\_  
Enfermera escolar

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fax

**Información confidencial médica referente a:**

**Nombre:**

**Fecha de nacimiento**

**Número del estudiante o**

**MR (si tiene):**

**Escuela:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La información de arriba se requiere para este propósito: **Plan y programación educativa**

Esta información puede incluir pero no está limitada a enfermedades transmisibles como el virus de inmunodeficiencia humana, psiquiatría, drogadicción o alcoholismo.

Me han informado por completo y entiendo la petición de la escuela para mi autorización, como  
Sí No se describe arriba. Esta información se divulgará y recibirá una vez que sea recibida mi autorización  
por escrito.

Entiendo que mi autorización es voluntaria y la puedo retirar en cualquier momento.  
Sí No

\*Sus derechos se le explicaron cuando usted y su hijo(a) fueron referidos por primera vez para una evaluación de educación especial. La normas federales requieren que los padres y estudiantes adultos se les explique todos sus derechos en su idioma materno u otro método de comunicación cada vez que el distrito propone o niega iniciar o cambiar su identificación, evaluación o colocación educativa la de su hijo(a) o las provisiones de una educación pública apropiada y gratuita (FAPE) para usted o su hijo(a). Adjunto está otra copia del formulario de sus derechos.

Fecha de entregado: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
Nombre

**Esta autorización expira al año después de la fecha en que fue firmada.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o estudiante Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajado (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Teléfono celular (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajado (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Teléfono celular (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (si aplica)