



VENTURA COUNTY OFFICE OF EDUCATION
Hearing Conservation
5100 Adolfo Road
Camarillo, California 93012
Phone: (805) 437-1380
FAX: (805) 389-4297

AUTHORIZATION FOR USE AND/OR DISCLOSURE OF MEDICAL AND/OR EDUCATIONAL INFORMATION

Student's Name _____ Sex _____ Birth date ____/____/____
Parent/Guardian Name _____ School _____ Grade ____/____
Street Address _____ Apartment # _____ Home Phone _____
City _____ State _____ Zip Code _____ Business Phone _____

I authorize the Ventura County Office of Education to: ☒ Release to ☒ Request information pertaining to the above named individual as described below:

Individual or Organization Disclosing/Receiving Information:	Individual or Organization Disclosing/Receiving Information:
Name _____	Name _____
Address _____	Address _____
City, State, Zip Code _____	City, State, Zip Code _____
Phone number _____	Phone number _____

Duration: This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until _____ (Date) or for one year from the date of signature if no date is entered.

Revocation: I understand that I have the right to revoke the authorization, in writing, at any time by sending such written notification to the releasing agency. Written revocation will be effective upon receipt, but will not apply to information that has already been released in response to this authorization.

Redisclosure: I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and it is no longer protected by federal laws and regulations regarding the privacy of protected health information. I further understand the confidentiality of the information when released to a public educational agency is protected as a student record under the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) and the VCOE cannot be responsible for any redisclosure of information.

Health Information: I understand that authorizing the disclosure of health information is voluntary. I can refuse to sign the authorization.

Specify Record(s): Indicate type of information to be disclosed: ☒ Medical Information ☒ Mental Health ☒ Educational Records
☒ Psychological or Counseling Information ☒ Developmental ☒ Other: _____

I request that the information released pursuant to this authorization be used for the following purposes only:

☒ Educational Assessment ☒ Educational Planning ☐ Other: _____

A copy of this authorization is as valid as an original.
I understand that I have a right to receive a copy of this authorization for my records.

Signature of Student or Student's Representative _____ Description of Relationship to Student _____ Date _____

Person requesting records: _____

OFICINA DE EDUCACIÓN DEL CONDADO DE VENTURA
Hearing Conservation
5100 Adolfo Road
Camarillo, California 93012
Phone: (805) 437-1380
FAX: (805) 389-4297

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O REVELACIÓN DE
DATOS MÉDICOS Y/O EDUCATIVOS**

Nombre de el/la estudiante _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____/_____/_____
Nombre de los padres/guardianes _____ Escuela _____ Año escolar _____/_____
Domicilio _____ # del departamento _____ Teléfono de la casa _____
Ciudad _____/_____/_____
Estado _____ Código postal _____ Teléfono del trabajo _____

Autorizo a la Oficina de Educación del Condado de Ventura (VCOE) para la:

☒ Revelación a ☒ Petición de información tocante el/la persona arriba nombrado como indicado abajo:

<u>Individuo u organización que revelará/recibirá información:</u>	<u>Individuo u organización que revelará/recibirá información:</u>
Nombre _____	Nombre _____
Dirección _____	Dirección _____
Ciudad, Estado, Código postal _____	Ciudad, Estado, Código postal _____
Número de teléfono _____	Número de teléfono _____

Duración: Esta autorización se hará vigente inmediatamente y permanecerá en vigor hasta _____ (Fecha) o durante un año a partir de la fecha de la firma si no hay una fecha indicada.

Revocación: Entiendo que tengo el derecho de revocar la autorización, por escrito, en cualquier momento al mandar tal aviso por escrito a la agencia a cargo de la entrega. La revocación por escrito entrará en vigor al recibirla, pero no será aplicada a información ya revelada como respuesta a esta autorización.

Re- revelación: Entiendo que los datos de salud utilizados o revelados conforme a esta autorización pueden estar expuestos a una re-revelación (revelación adicional) por parte del recipiente, y que ya no cae bajo la protección de las leyes y reglamentos federales tocante la intimidad / privacidad de los datos de salud protegidos. Además, entiendo que al revelar la información a una agencia de educación pública la confidencialidad de la información permanece protegido como un expediente estudiantil bajo la Ley Educativo de Derechos y Privacidad Familiar (FERPA – Family Educational Rights and Privacy Act) y la VCOE no puede hacerse responsable de una re-revelación de datos cualquiera.

Datos de Salud: Entiendo que la revelación de información tocante la salud es voluntario. Puedo negar mi firma a esta autorización.

Especificación de datos: Indique el tipo de información que se revelará: ☒ Información Médica ☒ Salud Mental ☒ Datos Educativos
☒ Información Psicológico o de Asesoramiento ☒ Relativo al Desarrollo ☒ Otro: _____ Audiologico _____

Pido que la información revelada conforme a esta autorización sea utilizada únicamente para los siguientes propósitos:

☒ Evaluación Educativa ☒ Planificación Educativa ☐ Otro: _____

Una copia de esta autorización es tan valida como un original.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización para mi propio expediente.

Firma de el/la estudiante o representante de el/la estudiante _____

Descripción de la relación entre el/la firmante y el/la estudiante _____

Fecha _____

Persona suplicante de la información: _____