



San Dieguito Union High School District
Authorization for Exchange of Information
AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Student: _____ F M
Last / Apellido First / Primer nombre del estudiante Gender / Género Age / Edad DOB / Fecha de nacimiento

Address: _____
Home Address / Domicilio City / Ciudad Zip Code / Código postal Current School / Escuela actual

Parent/Guardian: _____ Home #: _____ Mobil #: _____
Padre / tutor legal Teléfono del hogar Teléfono celular
Email: _____ Work #: _____
Correo electrónico 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 / El distrito escolar

Attention: _____ Attention: _____
Nombre de la persona autorizada Nombre de la persona autorizada

Please send records to the above stated district
Por favor envíe los expedientes al 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, tutor legal o persona con tutela o custodia legal.

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

- Audiological reports**
Reportes audiológicos
- Medical Reports**
Reportes médicos
- Psychological/Psychiatric reports**
Reportes psicológicos / psiquiátricos
- Individual Progress Plan (IPP)**
Plan de progreso individualizado
- Individual Family Support Plan (IFSP)**
Plan de servicio familiar individualizado
- Educational Reports**
Reportes educativos
- PT/OT Evaluation, progress reports** **Other / Otro:**
Evaluación, reportes de progreso de _____
Terapia física (*PT) _____
Terapia laboral (*OT) _____

Signature X _____ Date: _____
Firma: Person giving consent: Adult Student / Estudiante adulto Fecha
Firma de la persona proporcionando consentimiento

Indicate Relationship to Student / Indique su relación con el estudiante:
 Parent / Padre Guardian / Tutor legal Surrogate / Sustituto