Authorization
for Release of Health Information

This authorizes _____ to obtain the confidential information specified below from the following agencies/individuals:

1._____
_____

2._____
_____

3._____
_____

4._____
_____

5._____
_____

The information to be released will be used for professional purposes only and consist of records and evaluations on:

Child's Name:_____

Address:_____

Date of Birth:_____

I understand that by law, I do not have to release this information. However, I choose to do so voluntarily. I understand that I may cancel this authorization at any time unless the information has already been sent. The authorization will automatically expire one year from the date listed below.

A photocopy of this release is as valid as the original.

_____
Parent/Authorized Representative Date

_____
Witness Date

Autorización
para Divulgación de información

Por medio de la presente autorizo a _____ para que obtenga la información confidencial especificada enseguida de las dependencias/personas siguientes:

1. _____
   _____

2. _____
   _____

3. _____
   _____

4. _____
   _____

5. _____
   _____

La información que se divulgará se usará con fines profesionales solamente y consistirá en registros y evaluaciones referentes a:

Nombre del Niño: _____

Domicilio: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo que de conformidad con la ley, no tengo que divulgar esta información. Sin embargo, opto por hacerlo voluntariamente y entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, a menos que la información ya se haya enviado. La autorización terminará automáticamente un año después de la fecha mencionada enseguida.

Una fotocopia de esta divulgación es tan válida como el original.

_____

Padre/Madre/Representante Autorizado Fecha

_____

TestigoFecha