



# DELANO JOINT UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

1720 Norwalk Street, Delano, California (661) 725-4000

Cesar E. Chavez High School . Delano High School . Robert F. Kennedy High School . Valley High School . Delano Adult School

## PETITION DE LIBERACION DE INFORMACION A DELANO JOINT UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

FECHA: \_\_\_\_\_

PARA: AGENCIA PREVIA \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

Por favor mande la informacion, incluya exitos academicos, evaluaciones siquiatricas/psicologicas y/o evaluacion de funcionamiento de lenguaje y/o record sobre examines medicos:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

**Favor de mandar este record a:** **Delano Joint Union High School District**  
Attn: Oficina de Educacion Especial  
Anna White/Niccoli RN, District Nurse  
1720 Norwalk Street, Delano, CA 93215  
Oficina: (661)720-4150 Fax: (661) 720-4219

**Duracion:** Esta autorizacion sera efectiva inmediatamente y permanecera en efecto asta \_\_\_\_\_ (entra fecha) o por un ano desde la fecha de la firma si no se entro una fecha. Esto permitira el cambio de informacion entre \_\_\_\_\_, y Delano Joint Union High School District.

**Revocacion:** Esta autorizacion podra ser revocada en escrito por la persona que subscribe a cualquier hora antes que la informacion sea liberada por el partido divulgante. La revocacion escrita no afectara cualquier accion tomada teniendo en cuenta que esta autorizacion recibida una revocacion escrita antes.

**Revelaciones:** Yo entiendo que el peticionante no podra hacer uso o reveler legitimamente la informacion de salud al menos que otra autorizacion sea obtenida de mi o al menos que revelaciones sean especificamente requeridas o permitidas por la ley.

Yo peticiono la informacion de salud (mental/medica) sea liberada y/o revelada segun lo acordado en la autorizacion para ser usada en los siguientes propositos: Facilitar el planeo educacional del estudiante.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Secretario o peticionante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación (Si no es firmado por el paciente)

\_\_\_\_\_  
Titulo de Trabajo