



**PERMISSION TO RELEASE OR EXCHANGE INFORMATION**  
Portland Public Schools

Date \_\_\_\_\_

**STUDENT NAME** \_\_\_\_\_ **BD** \_\_\_\_\_ **PPS ID#** \_\_\_\_\_

**SCHOOL** \_\_\_\_\_ **GRADE** \_\_\_\_\_

As Parent/Guardian/Surrogate Parent or Adult Student (circle one), I authorize the release and exchange of confidential information between Portland Public Schools and:

Name/Agency/Suggested Contact	Telephone/Fax	Address, City, State, Zip
	Tel: Fax:	

The disclosure is to be used for the following purposes:

- To support student's educational needs
- To determine special education needs
- Alcohol and drug evaluation and/or treatment for a student, and referrals to school/other services
- Mental health evaluation and/or treatment for a student, and referrals to school/other services
- Medical and health needs
- Program evaluation
- Other  
(specify): \_\_\_\_\_

Information released will include the following specific records:

- Student Information (may include student's name, address, telephone listing, photograph, date and place of birth)
- Academic Information
- Attendance Information
- Family Background Data
- Psychological Reports
- Psychoeducational Reports
- Social Work Reports
- Medical Information and Reports
- Individualized Education Program (IEP)
- Attendance at Meetings or Appointments
- Discipline Data (referrals, suspensions, expulsions)
- Recommendations and Referrals
- Alcohol/Drug Information and Reports
- Mental Health Information and Reports
- Other (specify): \_\_\_\_\_

The District reserves the right to charge for the costs of providing records. The authorization is valid for two years unless otherwise specified. HIPAA requires that the school district/EI/ECSE program give a copy of the authorization form to individuals who sign it and request a copy.

I hereby approve the release of information as indicated above. I have read and understand the terms of this Authorization and I have had an opportunity to ask questions about the use and disclosure of my health information. Any records containing drug and alcohol information maintained by the Agency or the District are additionally protected under the provisions of 42 CFR Chapter 1, Subchapter A, Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records and may not be further disclosed without specific authorization for such disclosure. By my signature, I hereby, knowingly and voluntarily authorize the above named agency/provider to use or disclose this information, including health information, in the manner described above. I may revoke this authorization in writing at any time. Such revocation may not be retroactive.

x \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian/Surrogate/Adult Student Date

Please Print Name \_\_\_\_\_

Student signature is ONLY required when requesting mental health or alcohol/drug related information for a student who is 14 years of age or older.

x \_\_\_\_\_  
Student Date

Please Print Name \_\_\_\_\_

**Authorization expires on** \_\_\_\_\_ (month/day/year), **not to exceed two years from date of signature(s) above**

**Please Send Records to:**

Portland Public Schools or Department \_\_\_\_\_

Staff Name/ Title \_\_\_\_\_

Address, City, State, Zip \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_



**PERMISO PARA LA CESION Y EL  
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN**  
Escuelas Públicas de Portland

NOMBRE DE ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ PPS ID# \_\_\_\_\_  
 ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

Como Padre/Guardián/Padre Sustituto o Estudiante Adulto (circule uno), autorizo la liberación y el cambio de información confidencial entre Escuelas Públicas de Portland y:

Nombre/Agencia/Contacto Sugerido	Teléfono/Fax	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal
	Tel: Fax:	

La información será utilizada para los siguientes propósitos:

- Apoyar las necesidades educativas del estudiante
  - Determinar las necesidades de educación especial
  - La evaluación de Alcohol y Droga y/o tratamiento para un estudiante, y referencias para escuelas/otros servicios
  - La evaluación de salud mental y/o el tratamiento para un estudiante, y referencias para escuelas/otros servicios
  - La evaluación del Programa
  - Necesidades medicas y de salud
  - Otro
- (especificar): \_\_\_\_\_

La información cedida incluirá los siguientes registros específicos:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Información Académico               | <input type="checkbox"/> Programa individualizado de Educación (IEP)                  |
| <input type="checkbox"/> Información de asistencia           | <input type="checkbox"/> Asistencia a Reuniones o Citas                               |
| <input type="checkbox"/> Datos sobre antecedentes familiares | <input type="checkbox"/> Datos de Disciplina (referencias, suspensiones, expulsiones) |
| <input type="checkbox"/> Reportes Psicológicos               | <input type="checkbox"/> Recomendaciones y Referencias                                |
| <input type="checkbox"/> Reportes Psychoeducacionales        | <input type="checkbox"/> Información y Reportes de Alcohol/Drogas                     |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Trabajo Social          | <input type="checkbox"/> Información y Reportes de Salud Mental                       |
| <input type="checkbox"/> Información y Reportes Médicos      | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____                                    |

El Distrito tiene el derecho de cobrar por proporcionar los registros. La autorización es válida durante dos años a menos que sea especificado de otro modo. HIPAA requiere que el distrito escolar/EI/programa de ECSE de una copia de la forma de autorización a individuos que firmaron y solicitaron una copia.

Yo apruebo la liberación de información indicada arriba. He leído y comprendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y la revelación de mi información de salud. Cualquier registro que contenga información de droga y alcohol es mantenido por la Agencia o por el Distrito estan protegido adicionalmente bajo las provisiones de Capítulo 42 de CFR 1, Subcapitulo A, Confidencialidad de Reportes de Abuso de Alcohol/Drogas del Paciente y no puede ser revelado sin autorización específica para tal revelación. Con mi firma, por la presente, autorizo voluntariamente y astutamente a la agencia/proveedor de arriba de utilizar o revelar esta información, incluyendo información de salud, en la manera descrita arriba. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier tiempo. Tal revocación no puede ser retroactiva.

x \_\_\_\_\_  
 Padre/Guardián/Padre Sustituto/Estudiante Adulto Fecha

Por Favor Escriba Nombre \_\_\_\_\_

La firma del estudiante SOLO es requerida al solicitar información de salud mental o información de un estudiante relacionado con alcohol/drogas que es 14 años de edad o mayor.

x \_\_\_\_\_  
 Estudiante Fecha

Por Favor Escriba Su Nombre \_\_\_\_\_

**Autorización expira el \_\_\_\_\_ (mes/día/año), no puede exceder mas de dos años de la fecha firmada arriba**

**Por favor mande los reportes a:**  
 Escuelas Publicas de Portland o Departamento \_\_\_\_\_  
 Nombre del personal / Título \_\_\_\_\_  
 Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_