

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

Student Health and Human Services
Servicios de Salubridad del Distrito

AUTHORIZATION TO RECEIVE/RELEASE MEDICAL INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR/REMITIR DATOS MEDICOS

To: _____
Practitioner/Agency/Clinic

Student Last Name First
Apellido de estudiante Nombre

Street City Zip code

Home address City Zip code
Domicilio Ciudad Zona Postal

I AM AUTHORIZING YOU TO RELEASE TO AND RECEIVE FROM: CHART # _____ DOB _____
POR LA PRESENTE LE DA A USTED AUTORIZACIÓN PARA
REMITIR A O RECIBIR DE:

Person requesting information

Title/Position

School/Office

Street City State Zip code

Purpose for which information will be used _____
Propósito por el cual se puede usar esta información

Specific information requested
Petición de información específico

This authorization shall be valid until _____ unless revoked earlier.
Esta autorización es válida hasta _____ Date (Fecha) a menos que sea revocada antes.

I request and have received a copy of this authorization YES NO Signature _____
Se pide y he recibido una copia de esta autorización Sí No Firma

Signature _____
Firma Parent/Guardian/Student 18 years or older
Padre/Tutor/Estudiante de 18 años o más

Date _____
Fecha