

RELEASE OF INFORMATION

I hereby authorize the use or disclosure of the named individual's information. **This release will expire one year from the date of signature.**

STUDENT'S INFORMATION		
FIRST NAME:	MIDDLE INITIAL:	LAST NAME:
ADDRESS:	CITY/STATE:	ZIP CODE:
TELEPHONE NUMBER:	DATE OF BIRTH:	
THE FOLLOWING INDIVIDUAL OR ORGANIZATION IS AUTHORIZED TO OBTAIN OR RELEASE HEALTH INFORMATION		
AGENCY/ORGANIZATION:		
ADDRESS:	CITY/STATE:	ZIP CODE:
TELEPHONE NUMBER:		
THIS INFORMATION MAY BE OBTAINED OR RELEASED BY THE FOLLOWING INDIVIDUAL/ORGANIZATION		
NAME OF ENTITY:	A STEP BEYOND	
	340 North Escondido Blvd, Escondido, CA 92025	
	PURPOSE OF REQUEST: Feedback	
THE FOLLOWING INFORMATION IS TO BE DISCLOSED:		
All records including, but not limited to: <input checked="" type="checkbox"/> Health Information <input checked="" type="checkbox"/> Counseling Information <input type="checkbox"/> Mental Health Information	<input checked="" type="checkbox"/> All Education records <input type="checkbox"/> Case Management notes <input type="checkbox"/> Other: _____	
Right to Revoke: I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand if revoke this authorization I must do so in writing. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released based on this authorization.		
Photocopy or Fax: I agree that a photocopy or fax of this authorization is to be considered as effective as the original.		
Other Rights: I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I do not need to sign this form to assure treatment. I understand that I may inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed, as provided in 45 Code of Federal Regulations section 164.524. I have the right to receive a copy of this authorization. I would like a copy of this authorization. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
SIGNATURE OF INDIVIDUAL OR LEGAL REPRESENTATIVE		
PRINT NAME:	RELATIONSHIP TO STUDENT:	
SIGNATURE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN:	DATE:	
If signed by Legal Representative, Relationship of Individual:		
SIGNATURE OF WITNESS:	DATE:	

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo el uso o divulgación de la información de la persona nombrada. **Este comunicado vencerá un año después de la fecha de la firma.**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		
NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:	APELLIDO:
DOMICILIO:	CIUDAD/ESTADO:	CODIGO POSTAL:
NUMERO DE TELEFONO:	FECHA DE NACIMIENTO:	
LA PERSONA O ORGANIZACIÓN SIGUIENTE ESTÁ AUTORIZADO A OBTENER O HACER UN COMUNICADO ACERCA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD		
ORGANIZACIÓN:		
DOMICILIO:	CIUDAD/ESTADO:	CODIGO POSTAL:
NUMERO DE TELEFONO:		
ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER OBTENIDA O COMUNICADA POR LA SIGUIENTE ORGANIZACIÓN		
NOMBRE DE LA ENTIDAD:	A STEP BEYOND 340 North Escondido Blvd, Escondido, CA 92025	
PROPÓSITO DE LA SOLICITUD:	COMENTARIOS	
SE DEBE REVELAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:		
All records including, but not limited to: <input checked="" type="checkbox"/> Información de Salud <input checked="" type="checkbox"/> Información de Consejería <input type="checkbox"/> Información de Salud Mental	<input checked="" type="checkbox"/> Todos los Registros de Educación <input type="checkbox"/> Apuntes sobre Casos de Administracion <input type="checkbox"/> Otro: _____	
DERECHO A REVOCAR / INVALIDAR : Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que sí revoco esta autorización debo hacerlo por escrito. Entiendo que el revoco/cancelación no se le aplicará a la información que ya ha sido comunicado o publicada en base a esta autorización.		
FOTOCOPIAS O FAX: Estoy de acuerdo en que una fotocopia o fax de esta autorización será considerado tal y como una copia original del documento.		
OTROS DERECHOS: Entiendo que autorizar la divulgación de la información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización . No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información para ser utilizada o revelada, según lo dispuesto en el 45 Código de Reglamentos Federales sección 164.524. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Me gustaría una copia de esta autorización. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
FIRMA DEL REPRESENTANTE INDIVIDUAL O LEGAL		
NOMBRE:	RELACIÓN AL ESTUDIANTE:	
FIRMA DEL PADRE/TUTOR:	FECHA:	
Si es firmado por un Representante Legal, mencione la relación entre los individuos:		
FIRMA DEL TESTIGO:	FECHA:	