

# LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Under the federal Special Education law known as the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA), early intervention services are provided to eligible infants and toddlers with disabilities, and special education and related services (includes health services) are made available to eligible school-aged children. Accordingly, schools must conduct evaluations within the federally mandated specified timeline of 30 days. The student's primary/specialty care physicians' reports/medical records are integral to such evaluations in determining how best to meet the student's health needs in the school environment.

Therefore we are requesting and would appreciate your sending us the below requested information As Soon As Possible since the school physician/nurse must review it before the multidisciplinary team convenes at the school to develop the Individualized Educational Plan (IEP) for the student identified below.

I hereby authorize \_\_\_\_\_ to release medical information  
(Name of Hospital/Provider)

on \_\_\_\_\_  
(Name of Patient) (Date of Birth)

\_\_\_\_\_  
(Hosp. Record No.) (Mother's Maiden Name) (Father's Name)

This information is to be released to:

\_\_\_\_\_  
(LAUSD Nurse/Physician) (School Name)

\_\_\_\_\_  
(Address) (City) (State) (ZIP)

Specific Information to be released:

History & Physical  Discharge Summary  Latest Lab/X-ray Results

PT Evaluation  Hearing & Speech Report  Consultation

OT Evaluation  CCS - Current Comprehensive Annual Reports

Others, Specify \_\_\_\_\_

This authorization shall be effective immediately and shall be valid until:

\_\_\_\_\_  
(Date)

I understand that this medical information is to be released to the above named party for the purpose of determining appropriate educational services and placement.

\_\_\_\_\_  
(Signature) Parent/Guardian/Patient 18 yrs & over (Date)

\_\_\_\_\_  
(Relationship to Patient)

(As per the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974, this information will become part of the pupil's educational records and will be made available, upon request, to the parent or pupil age 18 or older. This information will be handled in accordance with HIPAA regulations. )

# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Conforme a la ley federal de Educación Especial conocida como la Ley para la Educación de Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés), los servicios de intervención oportuna se les proporcionan a todos los bebés y niños pequeños con discapacidades que reúnen los requisitos, y se les brinda educación especial y servicios afines (incluidos los de salud) a todos los niños de edad escolar que reúnen los requisitos. Por lo tanto, las escuelas deben llevar a cabo evaluaciones dentro del plazo de treinta días estipulado por el gobierno federal. Los informes e historiales de los médicos de cabecera o especialistas del (de la) estudiante constituyen una parte esencial de dichas evaluaciones a la hora de determinar la mejor manera de satisfacer las necesidades médicas del alumno en el ambiente escolar.

Por lo tanto le pedimos que nos envíe lo antes posible la información que se solicita abajo puesto que el médico o la enfermera escolar debe revisarla antes que se reúna el equipo multidisciplinario en la escuela con el fin de elaborar el Plan de Educación Individualizado (IEP) para el (la) estudiante mencionado abajo. Le agradecemos su cooperación.

Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ para que divulgue  
(Nombre del hospital/ entidad que proporciona servicios médicos)

información sobre \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellido del [de la] paciente) (Fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_  
(# del expediente de hospital) (Apellido de soltera de la madre) (Nombre y apellido del padre)

Esta información se le debe divulgar a:

\_\_\_\_\_  
(Enfermera/médico) (Nombre de la escuela)

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

La información específica que se debe divulgar:

Expediente y reconocimiento físico  Informe de alta  Resultados más recientes de laboratorio o de radiografías

Evaluación de terapia física  Informe de oído y habla  Consulta

Evaluación de terapia ocupacional  CCS – Informes anuales globales y actuales

Otros, especifíquese \_\_\_\_\_

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y estará vigente hasta \_\_\_\_\_  
(fecha)

Entiendo que esta información médica se le debe divulgar a la persona antedicha con el fin de determinar los servicios y la asignación educativa que procedan.

\_\_\_\_\_  
(Firma) Padre/madre/tutor/paciente de 18 años de edad o más (Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Parentesco con el [la] paciente)

(De conformidad con la Ley de 1974 sobre la Privacidad y los Derechos Educativos de la Familia, esta información será parte del expediente educativo del alumno, y, de solicitarse, se pondrá a disposición del padre, la madre o del alumno si tiene 18 años de edad o más. Esta información tiene que ser manejada de acuerdo a las regulaciones de HIPAA )