

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

Medical Services Division
División de Servicios Médicos

AUTHORIZATION TO RECEIVE/RELEASE MEDICAL INFORMATION AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR/DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

To: _____

A: Practitioner/Agency/Clinic
Médico/Agencia/Clínica

Student Last Name
Apellido de estudiante

First
Nombre

Street City Zip code
Calle Ciudad Zona postal

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 EXPEDIENTE FN
DIVULGAR A O RECIBIR DE:

Person requesting information
Persona que solicita la información

Title/Position
Cargo/Puesto

School/Office
Escuela/Oficina

Street
Calle

City
Ciudad

State Zip code
Estado Zona Postal

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

Specific information requested _____
Información específica que se solicita

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
Se pide y he recibido una copia de esta autorización

☐ YES
Sí

☐ NO
No

Signature _____
Firma

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

Date _____
Fecha