



**San Francisco Unified School District
Authorization for Release of
Confidential Information**

Student's Name: _____ **Date of Birth:** ____/____/____

School/Dept: _____ **Address:** _____

Contact Person: _____ **Title:** _____ **Telephone:** _____

I authorize the exchange of information described below between the San Francisco Unified School District and the following agency(s) and/or individual(s):

- Healthcare provider(s) _____ (name)
- Agency(s) _____ (name)
- Parent/ legal guardian (if minor consented to care) _____ (name)
- Other _____

This authorization applies to the following information: (check each line that applies)

- _____ Educational Data/IEP _____ Social/Developmental _____ Psychological
- _____ Vision _____ Speech/Language _____ Audiological
- _____ Medical _____ Other _____

Expiration: This authorization expires (date or event): _____

Restrictions: Providers who receive this information may not release it to someone else unless another authorization form is signed.

Your Rights: You may refuse to sign this form. You may cancel it at any time by informing the San Francisco Unified School District in writing. If you cancel your permission to allow the release of information about you/your child, it will go into effect immediately (unless someone already released information). You have a right to receive a copy of this Authorization.

Signature _____ **Date** _____

Indicate relationship to student: parent legal guardian: _____

AGENCIES, CHILDREN CENTERS AND HOSPITALS

AGENCIES

- ___ Golden Gate Regional Center
120 Howard St. 3rd Floor
San Francisco, CA 94105

- ___ SF Department of Human Services
P.O. Box 7988
San Francisco, CA 94105

- ___ S.F. Easter Seal Society
Attn: Early Intervention
95 Hawthorne, SF. CA 94105

- ___ S.F. Hearing & Speech Center
1234 Divisadero Street
San Francisco, CA 94115

CHILDREN CENTERS

- ___ California Children Services
30 Van Ness Ave., Suite #210
San Francisco, CA 94102

- ___ Chinatown Child Dev. Ctr.
Infant Development Program
720 Sacramento St.
San Francisco, CA 94108

- ___ Infant Parent Program
SFGH Building #9
2550-23rd Street, Rm. #130
San Francisco, CA 94110

- ___ Family Developmental Center
Attn: Early Intervention
2730 Bryant Street
San Francisco, CA 94110

HOSPITALS

- ___ CA Pacific Medical Center
Child Development Center
3700 California St.
San Francisco, CA 94118
Tel. 750-6200

- ___ Kaiser Permanente
Medical Correspondence
350 Street Joseph Street
San Francisco, CA 94115
Fax 833-3071

- ___ S.F. General Hospital
Attn: Medical Records Dept.
1001 Potrero Ave.
San Francisco, CA 94110

- ___ St. Luke's Hospital
Attn: Medical Records Dept.
3555 Cesar Chavez
San Francisco, CA 94110

Childcare/School Principal/Teacher

Address _____
City/Zip _____
Tel. _____

Social Worker

Address _____
City/Zip _____
Tel. _____

___ UCSF Hospital
Attn: Medical Records Dept
400 Parnassus Ave., Rm. A-67
San Francisco, CA 94143
Physicians/Clinics/Specialist
Schools

Physicians

Name _____
Address _____
City/Zip _____
Tel. _____

Others

Name _____
Address _____
City/Zip _____
Tel. _____



**Distrito Escolar Unificado de San Francisco
Autorización para que se comparta la
información confidencial**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
mes día año

Escuela/Departamento: _____ Dirección: _____

Persona con quién comunicarse: _____ Posición: _____ Teléfono: _____

Autorizo al Distrito Escolar Unificado de San Francisco y a la(s) institución(es) siguiente(s) o persona(s) para que intercambien la información que se describe a continuación:

- Nombre del médico _____
- Nombre de la institución _____
- Nombre del padre de familia/encargado (si se autorizó el cuidado del menor de edad) _____
- Otro _____

Esta autorización se aplica a la información siguiente: (Marque con una "x" al lado de cada línea que aplique a su caso).

- | | | |
|---------------------------|------------------------|------------------|
| ____ Datos educativos/IEP | ____ Desarrollo social | ____ Psicológica |
| ____ Visión | ____ Habla/lenguaje | ____ Auditiva |
| ____ Médica | ____ Otro _____ | |

Expira: esta autorización expira (fecha o evento): _____

Restricciones: los proveedores de servicios que reciben esta información no pueden compartirla con ninguna persona, al menos que se firme otro formulario de autorización por separado.

Sus derechos: como padre de familia/encargado, puede negarse a firmar esta solicitud. Si decide firmarla puede cancelarla en cualquier momento informando por escrito al Distrito Escolar Unificado de San Francisco. Si cancela la autorización para compartir la información acerca de usted/estudiante, ésta se cancelará inmediatamente (a menos que alguien la haya distribuido). Además, tiene derecho de recibir una copia de esta autorización. .

Firma _____ Fecha _____

Indique que parentesco tiene con el estudiante: Padre de familia encargado legal: _____

Autorización para que se comparta la información confidencial
Para que se investigue y evalúe

INSTITUCIONES, HOSPITALES Y CENTROS DE SERVICIOS PARA NIÑOS

INSTITUCIONES

___ Golden Gate Regional Center
120 Howard St. 3rd Floor
San Francisco, CA 94105

___ SF Department of Human Services
P.O. Box 7988
San Francisco, CA 94105

___ S.F. Easter Seal Society
Attn: Early Intervention
95 Hawthorne, SF. CA 94105

___ S.F. Hearing & Speech Center
1234 Divisadero Street
San Francisco, CA 94115

CENTROS DE SERVICIOS PARA NIÑOS

___ California Children Services
30 Van Ness Ave., Suite #210
San Francisco, CA 94102

___ Chinatown Child Dev. Ctr.
Infant Development Program
720 Sacramento St.
San Francisco, CA 94108

___ Infant Parent Program
SFGH Building #9
2550-23rd Street, Rm. #130
San Francisco, CA 94110

___ Family Developmental Center
Attn: Early Intervention
2730 Bryant Street
San Francisco, CA 94110

HOSPITALES

___ CA Pacific Medical Center
Child Development Center
3700 California St.
San Francisco, CA 94118
Tel. 750-6200

___ Kaiser Permanente
Medical Correspondence
350 Street Joseph Street
San Francisco, CA 94115
Fax 833-3071

___ S.F. General Hospital
Attn: Medical Records Dept.
1001 Potrero Ave.
San Francisco, CA 94110

___ St. Luke's Hospital
Attn: Medical Records Dept.
3555 Cesar Chavez
San Francisco, CA 94110

___ UCSF Hospital
Attn: Medical Records Dept
400 Parnassus Ave., Rm. A-67
San Francisco, CA 94143
Especialistas/Doctores/ Clínica

Centro de Desarrollo Infantil/Director de la Escuela/Profesor

Trabajador social

Dirección _____
Ciudad/Código Postal _____
Teléfono _____

Dirección _____
Ciudad/Código Postal _____
Teléfono _____

Doctores

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____
Código Postal _____
Teléfono _____

Otros

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____
Código Postal _____
Teléfono _____



三藩市聯合校區
披露個人資料授權表格

學生姓名： _____ 出生日期： ____/____/____

學校/部門： _____ 地址： _____

聯絡人： _____ 職銜： _____ 電話： _____

本人授權三藩市聯合校區與下列機構及/或個人交換下述資料：

- 醫生 _____ (名)
- 機構 _____ (名)
- 家長/合法監護人 (如未成年子女同意接受服務) _____ (名)
- 其他 _____

本授權表格適用於以下資料：（請在適當橫線上加✓）

____ 教育資料/ 個別教育計劃 ____ 社交/成長 ____ 心理
____ 視力 ____ 語言 ____ 聽力
____ 醫療 ____ 其他 _____

期滿：授權期滿（日期或活動）： _____

規定：除非另一授權表格有閣下的簽名，否則服務提供者不得把上述資料披露給其他人。

閣下的權利：閣下有權拒絕簽署本授權表格，並可隨時以書面通知三藩市聯合校區終止此授權。本授權表格在閣下要求終止授權時即時生效（除非資料已被披露）。閣下有權獲得本授權表格之副本。

簽名 _____ 日期 _____

與學生的關係： 家長 合法監護人： _____

甄別與評測，請見另頁。

Translation Provided by SFUSD Translation Department

披露個人資料授權表格
*** 供甄別與評測用***

機構、兒童中心及醫院

機構

Golden Gate Regional Center
120 Howard St. 3rd Floor
San Francisco, CA 94105

SF Department of Human Services
P.O. Box 7988
San Francisco, CA 94105

S.F. Easter Seal Society
Attn: Early Intervention
95 Hawthorne, SF. CA 94105

S.F. Hearing & Speech Center
1234 Divisadero Street
San Francisco, CA 94115

兒童中心

California Children Services
30 Van Ness Ave., Suite #210
San Francisco, CA 94102

Chinatown Child Dev. Ctr.
Infant Development Program
720 Sacramento St.
San Francisco, CA 94108

Infant Parent Program
SFGH Building #9
2550-23rd Street, Rm. #130
San Francisco, CA 94110

Family Developmental Center
Attn: Early Intervention
2730 Bryant Street
San Francisco, CA 94110

醫院

CA Pacific Medical Center
Child Development Center
3700 California St.
San Francisco, CA 94118
Tel. 750-6200

Kaiser Permanente
Medical Correspondence
350 Street Joseph Street
San Francisco, CA 94115
Fax 833-3071

S.F. General Hospital
Attn: Medical Records Dept.
1001 Potrero Ave.
San Francisco, CA 94110

St. Luke's Hospital
Attn: Medical Records Dept.
3555 Cesar Chavez
San Francisco, CA 94110

UCSF Hospital
Attn: Medical Records Dept
400 Parnassus Ave., Rm. A-67
San Francisco, CA 94143
Physicians/Clinics/Specialist
Schools

托兒中心/校長/教師

地址 _____

城市/郵區號碼 _____

電話 _____

社工

地址 _____

城市/郵區號碼 _____

電話 _____

醫生

姓名 _____

地址 _____

城市/郵區號碼 _____

電話 _____

其它

姓名 _____

地址 _____

城市/郵區號碼 _____

電話 _____