



Guadalupe Union School District

P.O. Box 788, Guadalupe, CA 93434-0788 ● 805-343-2114 ● Fax: 805-343-6155

RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION AUTORIZACIÓN PARA OTORGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

TO/PARA _____ Phone/Teléfono _____ DATE/FECHA _____

- The following information is being requested by the Guadalupe Union School District to assist in the educational planning for the student identified below. These records will become part of the school/educationl records maintained by the school district as confidential files. This request remains in effect until the records are received.
- *La siguiente información esta siendo solicitada por el Distrito Escolar de Guadalupe para ayudar en la planeación escolar del estudiante identificado abajo. Estos archivos formarán parte de los archivos escolares/educacionales mantenidos por el distrito escolar como expedientes confidenciales. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que los archivos sean recibidos.*
- This information will be shared with the Guadalupe Union School District for joint program planning and will become part of the agency records for the child.
- *Esta autorización se compartirá con el Distrito Escolar de Guadalupe para el planeamiento en común y formará parte de los archivos que la agencia tiene sobre el niño.*
- This request will remain in effect during the current school and will allow the exchange of information between the Guadalupe Union School District and _____ to facilitate the educational planning for the student. It will not longer be effective after _____.
- *Esta autorización permanecerá en vigor durante el presente año escolar y permitirá el intercambio de información entre el Distrito Escolar de Guadalupe y _____ para facilitar el planeamiento educacional para el estudiante. No estará en efecto despues de _____.*

Information Requested: Educational Psychological Health/Medical Treatment Plan Diagnosis
Other _____

Informacion Solicitada: Educacional Psicológica Salud/Médica Tratamiento Diagnóstico
Otro: _____

REGARDING/TOCANTE:

Student Name/Nombre del Estudiante: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

This information is to be released to: Guadalupe Union School District, P.O. Box 788
Esta información será revelada a: Guadalupe, CA 93434
Attention/Atención: _____

If there are any questions or more information may be needed, please call: _____

Si tiene preguntas o necesita mas información, por favor llame al: _____

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha: _____