

Authorization to Release Confidential Health Information
Autorización de Información Confidencial de Salud

PARENT AND CHILD INFORMATION *Información de el/la niño/a y de los padres*

Child's First Name— Primer Nombre del Niño/a	Last Name Apellido	Middle Segundo Nombre
---	---------------------------	------------------------------

Child's date of birth / Fecha de nacimiento de el/la niño/a:	Parent/Guardian Names / Nombres de Los Padres/Guardián
---	---

INFORMATION RELEASED TO:

Kennewick ECEAP	1000 W. 4 th Avenue Kennewick, WA 99336 Phone: (509) 222-5027 FAX: (509) 222-5037
------------------------	--

Reason for Release of Information
At the request of the parent/legal guardian for the health, safety and Education Purposes of their child while enrolled Kennewick ECEAP

MEDICAL PROVIDER *Proveedor médico*

Provider or Clinic Name/ Nombre de Proveedor o la clinica:	Telephone/ Telefono:	Fax:
---	-----------------------------	------

Record: I authorize the following records/information to be disclosed
Yo autorizo los siguientes registros/ Información
 Medical Exam & Treatment/ **Examen médico y tratamiento**
 Immunization Records / **Registros de inmunización**
 Child Health Plan/ **Plan de salud del niño(a)**

DENTAL PROVIDER *Proveedor dental*

Provider or Clinic Name/ Nombre de Proveedor o la clinica:	Telephone/ Telefono:	Fax:
---	-----------------------------	------

Record: I authorize the following records/information to be disclosed
Yo autorizo los siguientes Registros/ Información
 Dental Exam & Treatment/ **Examen dental y tratamiento**

PARENT AUTHORIZATION *Autorización del Padre*

This permission is valid from the signed date until August 31, 2022

I understand that: **Yo entiendo que:**

- I may revoke or withdraw my permission in writing at any time, but that will not affect information already disclosed **Puedo revocar o retirar mi permiso por escrito en cualquier momento, pero no afectará la información ya divulgada**
- I understand that these records will be treated as confidential by Kennewick ECEAP under the provision of the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA). FERPA prohibits disclosure of personally identifiable information without consent except in limited circumstances. **Entiendo que estos registros serán tratados como confidenciales por Kennewick ECEAP bajo la disposición de los derechos de Educación de la familia la ley y privacidad. FERPA prohíbe la divulgación de información personal indefinible sin consentimiento excepto en circunstancias limitadas**
- Information disclosed through this authorization may be shared and is no longer protected by HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) **información revelada por medio de esta autorización puede ser compartida y ya no está protegido por el HIPAA**
- A copy of this form is valid to give permission to disclose records. **una copia de este formulario es válida para dar permiso para divulgar los registros**
- Authorizing the disclosure of this information is voluntary. **autorizar la divulgación de esta información es voluntaria**

Authorization by (signature) Autorización (firma del Padre)	Relationship to Child Relación con el niño
--	---

Date Signed Fecha	Telephone # teléfono
--------------------------	-----------------------------

Print Name nombre impreso
