

ANGLETON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
Consent for Release of Confidential Information

Student: _____ DOB: _____ Campus: _____

I hereby authorize _____ to release the following information:

Please send records to: Angleton Independent School District
 Department of Special Education
 1600 North Tinsley
 Angleton, Texas 77515
 Fax: (979) 864-8890

- Cumulative school records
- Full individual evaluation
- Educationally relevant medical records
- Verbal exchange of information
- Current ARD/IEP
- Psychological/psychiatric reports
- Vocational testing results
- ITP
- Eligibility reports for all handicapping conditions and related services
- Reciprocal exchange of all of the above

Purpose of disclosure:

- To facilitate transfer
- Other: _____

Please check yes, only if you agree that the following statements are correct. (If you wish to have more information or if you have any questions, please call the AISD Special Education Department at (979) 864-8693.)

Yes No I have been fully informed and do understand the school's request for my consent to obtain and/or release the records as described above. This information will be released upon receipt of my written consent.*

Yes No I understand that my consent is voluntary and may be revoked at any time.

* Your rights were explained to you when your child was initially referred for special education assessment. Federal regulations require that parents and adult students be provided a full explanation of all procedural safeguards in your native language or other mode of communication each time the district proposes or refuses to initiate or change the identification, evaluation, or educational placement or your child or the provision of a free, appropriate public education (FAPE) to your child. A full explanation of all procedural safeguards is included with this form.

The following signature indicates parental consent to release confidential information/records for the above named student.

Signature of parent, guardian or adult student

Date

Signature of interpreter, if used

Date

ANGLETON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Consentimiento para la Autorización de Información Confidencial

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Yo por este medio autorizo a _____ que de la siguiente información:

Por favor mande los expedientes a: Angleton Independent School District
Department of Special Education
1600 North Tinsley
Angleton, Texas 77515
Fax: (979) 864-8890

- Expedientes escolares acumulativos
- Evaluación individual completa
- Reportes médicos educacionales pertinentes
- Información de intercambio verbal
- ARD actual/IEP
- Reportes psicológicos/psiquiátricos
- ITP
- Reportes de elegibilidad para todas condiciones de discapacidad y servicios
- Intercambio recíproco de todo lo de arriba

Propósito de revelación:

Para Facilitar el traslado

Otro: _____

Por favor marque sí solamente si usted está de acuerdo que las siguientes declaraciones están correctas. (Si usted desea tener mas información o si tiene algunas preguntas, por favor llame al Departamento de Educación Especial al (979)864-8693.)

Sí No He sido totalmente informado y entiendo la petición de la escuela para mi consentimiento para obtener y/o dar los expedientes como han sido descritos arriba. Esta información será dada al recibo de mí consentimiento por escrito.*

Sí No Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento.

*Sus derechos le fueron explicados cuando su hijo/a fue referido inicialmente para el avalúo de educación especial. Las regulaciones federales requieren que los padres de familia y los estudiantes adultos sean proveídos con una explicación completa de todos los procedimientos de salvaguardias en su idioma natal o en algún otro modo de comunicación cada vez que el distrito propone o se niega a iniciar o a cambiar la identificación, evaluación, o colocación educacional o su hijo/a o la provisión de una educación pública gratuita y apropiada (FAPE) a su hijo/a. Una explicación completa de todos los procedimientos de salvaguardias esta incluida con este formulario.

La siguiente firma indica el consentimiento del padre de familia para autorizar que se mande la información confidencial/expedientes del estudiante nombrado.

Firma del Padre de Familia, Guardián o Estudiante Adulto

Fecha

Firma del Intérprete, si es usado

Fecha