

**PARENT AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF INFORMATION  
AUTORIZACION DE LOS PADRES PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACION**

|   |  |
|---|--|
| <b>Child's Name (Last, First, Middle)</b><br><i>Nombre del Niño/a (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)</i> | <b>Birthdate</b><br><i>Fecha De Nacimiento</i> |
|---|--|

|                          |                          |                           |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <b>Address/Dirección</b> | <b>Zip/Código Postal</b> | <b>Telephone/Teléfono</b> |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|

| Records/Información   | Exceptions/ Excepciones         | Date Revoked & Initials/<br>Fecha Revocada e<br>Iniciales |
|---|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Medical Records/<br>Información Médica   |                                 |   |
| <b>Provider Contact Information/<br/>Información de contacto del proveedor</b>                                | Name:<br>Address:<br>Telephone: |   |
| <input type="checkbox"/> Dental Records/<br>Información Dental  |                                 |   |
| <b>Provider Contact Information/<br/>Información de contacto del proveedor</b>                                | Name:<br>Address:<br>Telephone: |   |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric Records/<br>Psicológica  |                                 |   |
| <b>Provider/Agency Contact Information/<br/>Información de contacto del proveedor y<br/>la agencia</b>        | Name:<br>Address:<br>Telephone: |   |
| <input type="checkbox"/> Education Records/Información<br>Educativa   |                                 |   |
| <b>Provider or Agency Contact<br/>Information/<br/>Información de contacto del proveedor y<br/>la agencia</b> | Name:<br>Address:<br>Telephone: |   |
| <input type="checkbox"/> Other Information/<br>Otra Información   |                                 |   |
| <b>Provider or Agency Contact<br/>Information/<br/>Información de contacto del proveedor y<br/>la agencia</b> | Name:<br>Address:<br>Telephone: |   |

I hereby authorize Orange County Head Start, Inc. to obtain and/or release records or information from the selection above in order to assess, evaluate, support and plan for meeting the needs of my child. My authorization is voluntary and expires on June 30, 2024. I understand I may revoke my authorization before this date and that the authorization will not be retroactive.

Por la presente autorizo a Orange County Head Start, Inc. a obtener y/o divulgar registros o información de la selección anterior con el fin de evaluar, apoyar y planificar para satisfacer las necesidades de mi hijo. Mi autorización es voluntaria y se vence el 30 de junio de 2024. Entiendo que puedo revocar mi autorización antes de esta fecha y que la autorización no será retroactiva.

|                        |                   |   |
|------------------------|-------------------|---|
| <b>Signature/Firma</b> | <b>Date/Fecha</b> | <b>Relationship to child/Parentesco</b> |
|------------------------|-------------------|---|