

LONGFELLOW ELEMENTARY SCHOOL  
3610 Eucalyptus Avenue  
Riverside, California 92507  
Interagency Project SMART Program  
Authorization to Release Information

**Sample Form D  
(English Version)**

We have many services here at Longfellow to help you and your family. To receive this help and to make sure that you get all the help you and your family needs we may need to share information. I, \_\_\_\_\_ hereby authorize release of all records, documents and information on my son, my daughter, and/or my family which is or may come on file with the agencies here at Longfellow Elementary School/Project SMART.

The following agencies may or will provide the services:

- The Youth Service Center
- Mental Health Counselor
- Public Health Nurses
- Public Health Van
- Social Worker
- Psychologist
- State Evaluator
- GAIN Worker
- AFDC Eligibility Technician
- MediCal Technician
- Day Care
- The Family Advocate
- School personnel

I understand that the following information may be released to the above stated providers:

1. The full name and other identifying information regarding my child and our family.
2. Recommendations to other providers for further assistance.
3. Diagnostic and assessment information including psychological and psychiatric evaluations, medical histories, educational and social histories. These evaluations may include some or all family members.

The purpose of this disclosure shall be to facilitate service delivery to my child(ren) and my family. I further understand that the information generated or obtained by the project can be shared with the agencies or providers that are a part of this project.

I also understand that this Authorization for Release of Information will be in effect for the duration of services provided to my child(ren) and my family and will expire upon the termination of the services. I understand I can revoke this consent at any time and this consent shall be reviewed annually.

I certify that I have read and understood the consent of this form.  **Yes, I agree to sign.**  **No, I do not agree to consent.** **Please list all children attending Longfellow School.**

\_\_\_\_\_  
**Parent or Guardian Name (Please Print)**

\_\_\_\_\_  
**Parent or Guardian Signature**

\_\_\_\_\_  
**Student's Name**

\_\_\_\_\_  
**Room #**

\_\_\_\_\_  
**Authorized Project SMART Staff**

\_\_\_\_\_  
**Students Name**

\_\_\_\_\_  
**Room #**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Student's Name**

\_\_\_\_\_  
**Room #**

Programa del Proyecto SMART de Interagencias  
Autorizacion Para dar Informacion

Tenemos muchos servicios aqui en la escuela Longfellow para ayudarle a usted y a su familia. Para recibir esta ayuda y para aseguramos de que reciba usted y su familia la ayuda necesaria, tal vez sea necesario compartir informacion. Yo \_\_\_\_\_, doy autorizacion de compartir-toda informacion del expediente, documentos, a informacion sobre mi hijo, mi hija, y/o mi familia que pueden estar en el archivo en las agencias aqui en la Escuela Longfellow y el Proyecto SMART.

Las siguientes agencias pueden o seran las agencias que daran los servicios:

- Centro de Servicio Juvenil
- La consejera de salud mental
- Las enfermeras de salud publica
- Camion de Salubridad
- La trabajadora social
- El Psicologo
- El evaluador del estado
- Trabajador de Gain
- Trabajadores de Elegibilidad de AFDC
- Trabajador de MediCal
- Cuidado de niños
- La Ayudante de Familias
- Personal de la escuela

Yo entiendo que la siguiente informacion puede ser compartida con las personas mencionadas arriba:

1. El nombre completo y otra informacion de identificacion sobre el niño o la familia.
2. Recomendaciones a otras agencias para recibir mas ayuda.
3. Informacion sobre exámenes de Diagnostico y evaluacion del psicologo a psiquiatra, historia medica, y antecedente educativo y social. Esta informacion puede ser sobre toda o parte de la familia.

La razon por la cual se necesita toda esta informacion es para facilitar servicio a todos mis niños o la familia. Yo entiendo que esta informacion sera unicamente usada para este proyecto y solo sera dada a las agencias que son parte de este proyecto.

Yo entiendo que esta Autorizacion de Informacion sera vigente durante el servicio dado a mis hijos y familia y expira al terminar los servicios. Yo entiendo que yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento y que yo revisare este consentimiento cada año.

Yo certifico que yo he leído y entiendo este documento. \_\_\_\_\_ **Si, Yo estoy de acuerdo firmar.** \_\_\_\_\_ **No, Yo no estoy de acuerdo firmar.** Por favor ponga todos los nombres de sus niños que asisten a la escuela Longfellow.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Tutor(Letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante(s)

\_\_\_\_\_  
Salon

\_\_\_\_\_  
Firma de Persona de Proyecto SMART

\_\_\_\_\_  
Salon

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Salon