



**BETHLEHEM**  
AREA SCHOOL DISTRICT

Special Education Office  
1516 Sycamore Street  
Bethlehem, Pennsylvania 18017  
610-868-8268

**CONSENT FOR DISCLOSURE OF RECORDS**

*All appropriate blanks must be filled in before information will be released*

**I hereby authorize the Bethlehem Area School District to (disclose to / request from):**

|                                |  |              |  |
|--------------------------------|--|--------------|--|
| Individual/Agency/Organization |  |              |  |
| Street Address                 |  |              |  |
| City, State, Zip Code          |  | Phone Number |  |

**The following information regarding:**

|                       |  |              |  |
|-----------------------|--|--------------|--|
| Child's Name          |  | Birthdate    |  |
| Street Address        |  |              |  |
| City, State, Zip Code |  | Phone Number |  |

**Parent/Guardian/Surrogate: Please initial item(s) which are checked:**

|                                                                    |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ Medical History/Reports/Information | <input type="checkbox"/> _____ Psychiatric Report(s)  |
| <input type="checkbox"/> _____ Educational Records                 | <input type="checkbox"/> _____ Audiological Report(s) |
| <input type="checkbox"/> _____ Special Education Records           | <input type="checkbox"/> _____ Vision Report(s)       |
| <input type="checkbox"/> _____ Psychological Report(s)             | <input type="checkbox"/> _____ Other: _____           |

4/07

This consent is subject to revocation at any time except to the extent that the individual/agency/organization, which is to make the disclosure, has already taken action in response to it.

**THIS CONSENT WILL TERMINATE ONE YEAR FROM THE DATE OF THIS SIGNATURE.**

|      |  |                                         |  |
|------|--|-----------------------------------------|--|
| Date |  | Parent / Guardian / Surrogate Signature |  |
| Date |  | Witness Signature                       |  |

The above report(s) may be placed in the child's education record if used as a source of information to provide the child with appropriate educational programming, and/or be of clear importance to protect the child or others. If the above report(s) do become part of the child's education record, The Family Rights and Education Privacy Act, and the Confidentiality Sections of the Education of the Handicapped Acts (PL 93-380 and PL 94-142) grant the parent, guardian or surrogate the right to review and/or receive a copy of said report(s).

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release for the medical or other information is NOT sufficient for this purpose.



DISTRITO ESCOLAR DE BETHLEHEM  
Oficina de Educación Especial  
1516 Sycamore Street  
Bethlehem, Pennsylvania 18017  
610-868-8268

## CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE ESCOLAR

*Todos los espacios en blanco deben ser completados antes de que se envíe la información*

**Por este medio autorizo al Distrito Escolar de Bethlehem a revelar u obtener información de**

|                                |  |          |  |
|--------------------------------|--|----------|--|
| Individuo/Agencia/Organización |  |          |  |
| Dirección                      |  |          |  |
| Ciudad. Estado, Código         |  | Teléfono |  |

**La siguiente información relacionada a**

|                        |  |                     |  |
|------------------------|--|---------------------|--|
| Nombre del Estudiante  |  | Fecha de Nacimiento |  |
| Dirección              |  |                     |  |
| Ciudad. Estado, Código |  | Teléfono            |  |

**Padre/Encargado/Padre Sustituto: Por favor inicie las áreas marcadas:**

- |                                                                      |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ Historial Médica/Reportes/Información | <input type="checkbox"/> _____ Reporte(s) Siquiátrico |
| <input type="checkbox"/> _____ Expediente Educativo                  | <input type="checkbox"/> _____ Reporte(s) Audiológico |
| <input type="checkbox"/> _____ Expediente de Educación Especial      | <input type="checkbox"/> _____ Reporte(s) Visual      |
| <input type="checkbox"/> _____ Reporte(s) Sicológicos                | <input type="checkbox"/> _____ Otros: _____           |

4/07

Este consentimiento esta sujeto a revocación en cualquier momento, excepto cuando el individuo/agencia/organización a cargo de revelar la información ha respondido previo a la fecha de revocación.

**ESTE CONSENTIMIENTO EXPIRARÁ EN UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE FIRMÓ.**

|       |  |                                           |  |
|-------|--|-------------------------------------------|--|
| Fecha |  | Firma del Padre/Encargado/Padre Sustituto |  |
| Fecha |  | Firma del Testigo                         |  |

Los reportes arriba mencionados pueden ser puestos en el expediente educativo del niño si se utilizan como una fuente de información pra proveerle al niño de un programa educativo apropiado, y/o si son de importancia para proteger al niño o a ostros. Si los reportes arriba mencionados pasan a ser parte del expediente escolar del niño, el Acta de Derechos familiares y Privacidad Educativa, junto a las secciones de confidencialidad bajo el Acta de Educación al Impedido (PL 93-380 y PL 94-142) les garantizan a los padres, encargados y/o padres sustitutos el derecho a revisar y/o recibir copia de esos reportes.

La información del expediente revelada a usted esta protegida bajo las reglas de confidencialidad federal (42 CFR parte 2). Las reglas federales prohíben que usted permita futures diseminaciones de esta información a menos que usted obtenga el consentimiento escrito de la persona a que esta reporte(s) pertenece o de otra manera permitidas bajo la parte 2 de las leyes de confidencialidad federal (42 CFR parte 2). Una autorización general para la diseminación de información médica o de otra naturaleza, NO ES suficiente para esta propósito.