



# Santa Maria Joint Union High School District

2560 SKYWAY DRIVE • SANTA MARIA CA 93455  
(805) 922-4573

## Authorization of Release of Records

Student name: \_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_\_

Student ID#: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ School Year: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_

I hereby authorize the mutual exchange of confidential information and the release of records between SMJUHS and the person/agency listed below:

Name of person/agency: \_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_ ext: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Check all record types to be released:

- Health/medical records       Grades/transcripts       Special education/504  
 Discipline/Intervention       Attendance       Counseling/Psych notes  
 Other (please specify) \_\_\_\_\_       Aeries Parent Portal

I understand that the information obtained will be treated in a confidential manner under the provisions of the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA). FERPA prohibits the disclosure of personally identifiable information without consent from parent/guardian. This authorization shall remain valid for the current school year.

Signature of person/agency receiving records: \_\_\_\_\_

Printed name of person/agency: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

I understand that my consent for the release of records is voluntary and I can withdraw my consent at any time in writing. Should I withdraw my consent, it does not apply to information that has already been provided under the prior consent for release. This authorization should remain in effect throughout the student's current school year at SMJUHS, unless I withdraw my consent in writing as stated above.

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# Santa Maria Joint Union High School District

2560 SKYWAY DRIVE • SANTA MARIA CA 93455  
(805) 922-4573

## AUTORIZACION PARA LIBERACION DE REGISTROS

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

# De ID del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Ano Escolar \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo el intercambio mutuo de intercambio de información confidencial y la liberación de registros entre SMJUHS D y la persona/agencia enlistada abajo.

Nombre de la persona/agencia: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ ext.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Marque todos los archivos que puedan ser compartidos:

- Salud/ Médicos  Calificaciones/archivos  Educación especial/5044  
 Disciplina/Intervención  Asistencia  Consejería/notas  
 Otro (sea especifico) \_\_\_\_\_  Aeries Portal de Padres

Yo entiendo que la información obtenida será utilizada de manera confidencial bajo las provisiones de la Acta de Derechos y privacidad en Educación de Familia (FERPA). FERPA prohíbe la revelación de información de identificación personal sin el consentimiento del padre/guardián. Esta autorización permanecerá válida para el año escolar actual.

Firma de la persona/agencia recibiendo los archivos: \_\_\_\_\_

Nombre imprimido de persona/agencia: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Yo entiendo que mi consentimiento para la liberación de registros es voluntaria y puedo cambiar mi consentimiento a cualquier tiempo por escrito. Si retiro mi consentimiento, no aplica a la información que ya ha sido liberada bajo el consentimiento previo. Esta autorización permanecerá en efecto mientras el estudiante este matriculado durante en ano escolar actual, en SMJUHS D, a menos de que yo retire mi consentimiento por escrito como se declara arriba.

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_