



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

---

**Child's Name (Last, First, Middle)** **Birthdate**  
*Nombre del Niño/a (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)* *Fecha De Nacimiento*

---

**Address/Dirección** **Zip/Código Postal** **Telephone/Teléfono**

I hereby authorize Head Start to obtain and/or release medical, dental, psychiatric, psychological, educational or other information regarding my child or family from the entity listed below.

Yo autorizo a Head Start a obtener y/o compartir información médica, dental, psicológica, educacional u otra información con respecto a mi niño/a o familia con la entidad enumerada a continuación.

---

**Name of Doctor, School or Agency/Nombre de Doctor, Escuela o Agencia** **Fax**

---

**Address/Dirección** **Telephone/Teléfono**

My consent for this authorization expires: June 30, 2021

*Mi consentimiento para esta autorización se vence el día:* 30 de junio de 2021

---

**Signature/Firma** **Date/Fecha** **Relationship to child/Parentesco**