



South Central Los Angeles
Regional Center
for persons with developmental disabilities, inc.

SOUTH CENTRAL LOS ANGELES REGIONAL CENTER
for persons with developmental disabilities, inc.

Consent for Request and Release Information
Consentimiento para Ceder y Recibir Informacion

Reference: _____ **Date of Birth:** _____

Referente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

I, the undersigned, hereby, consent to request and authorize any and all persons or entities to release any or all medical, social, psychological or educational information regarding the above named person to the South Central Regional Central for inclusion in their records which are to be used for referring this individual to community and/or early intervention services. I also consent to authorize said Regional Center to release the said information to public or private agencies conducting or planning education or other programs for children.

A photocopy of this is as valid as the original.

Yo, el suscrito, por este medio doy mi consentimiento para pedir y autorizar a la persona(s) o agencia(s) de ceder cualquiera o toda la información medica, social, psicológica y educacional referente a la persona arriba mencionada al Centro Regional del Sur Centro de Los Ángeles, para que la incluya en el expediente del niño. Dicha información será usada para referir este individuo a servicios comunitarios o de intervención temprana. También doy mi consentimiento y autorizo a dicho Centro Regional de ceder cualquier información a agencias publicas o privadas que conducen la planeación acerca de la educación y otros programas para niños.

Una fotocopia de este consentimiento es valido como el original.

Date/Fecha _____

Signature of Parent/Guardian
Firma del Padre/Tutor

Relationship to above named person:

Parentesco con la persona arriba mencionada: _____