ASCENSION PUBLIC SCHOOLS
Health Services

PERMISO DE PADRE / TUTOR LEGAL PARA DIVULGAR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Por la presente autorizo un intercambio de información entre el personal de enfermería de los Servicios de Salud Escolar del departamento anterior y:

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

Respecto a la información de salud contenida en el registro de:

_____ _____
NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO

_____
ESCUELA

Además, autorizo al personal de enfermería de los Servicios de Salud Escolar de APSB a compartir cualquier información de salud pertinente al progreso escolar de mi hijo(a) con el personal de la escuela y/o con otros proveedores de atención médica a los que mi hijo(a) puede ser remitido. **Entiendo que la información puede ser compartida por teléfono, fax y/o correo.**
Esta autorización está vigente por un año calendario a partir de hoy: _____.
Fecha

Doy mi consentimiento para la divulgación de la información anterior. Entiendo que toda la información, los registros y los documentos recibidos en virtud de este comunicado formarán parte del registro escolar. Entiendo que el uso de esta información por cualquier motivo que no sea el motivo expresado anteriormente está prohibido y que la divulgación de esta información a otras partes está estrictamente prohibida.

Completé este formulario porque soy el: (por favor marque uno) ( ) Tutor Legal ( ) Padre

_____ _____
FIRMA DEL PADRE/TUTOR FECHA

Enviar Registros a:

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ Fax: _____

Rev. 2/2010