



**DIAMONDHEAD CLINIC
CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN LIMITADA**

Doy permiso para que Diamondhead Clinic brinde información limitada sobre mi hijo a los empleados del distrito escolar de Burnsville–Eagan–Savage que están involucrados en operaciones del centro de salud.

Comprendo que un empleado de la escuela brinda ciertos servicios administrativos a Diamondhead Clinic. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: ayudar a programar citas, hacer firmar los formularios, y ayudar en la comunicación con el personal de enfermería de la escuela si también está involucrado en la atención médica de mi hijo. El empleado de la escuela mantendrá la confidencialidad de toda la información que obtenga sobre mi hijo y no la compartirá con otros en la escuela, a menos que sea necesario para coordinar la atención de mi hijo.

Nombre del estudiante _____ **Fecha de nacimiento** _____

Firma _____ **Fecha** _____

Relación con el estudiante: _____

Este permiso es válido durante un año desde la fecha de la firma, a menos que yo lo revoque.

Devuelva el formulario firmado a _____