



**DIAMONDHEAD CLINIC  
CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN LIMITADA 18+**

**Doy permiso para que Diamondhead Clinic brinde información limitada sobre mí 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 mi atención médica. El empleado de la escuela mantendrá la confidencialidad de toda la información que obtenga sobre mí y no la compartirá con otros en la escuela, a menos que sea necesario para coordinar mi atención.

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

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

**Devuelva el formulario firmado a** \_\_\_\_\_