
CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA

Escuela: Central Chatsworth Mamaroneck Avenue Murray
 Hommocks High School Other _____

Fecha: _____

Nombre del médico/profesional: _____

Dirección: _____

Ciudad/Pueblo; Estado; Código postal: _____

Teléfono: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Para: Médico/profesional

Por favor libere toda la documentación médica y/u otra información del paciente nombrado arriba a la enfermera escolar y/o al médico escolar como sea requerido por un representante de la Oficina de Salud del Distrito.

Firma del padre

Fecha

LA FIRMA DEL PADRE DENOTA PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN
CON LOS EMPLEADOS CONFORME SEA NECESARIO.