



Consentimiento del Padre/Tutor para Ceder Información

Nombre del Alumno: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Primero Inicia

- Revocar: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, a cualquier tiempo mandando dicha notificación escrita a la entidad y individuo identificado en la caja abajo de esta forma. Revocar por escrito será efectivo al recibirlo, pero no se aplicará a la información que ya ha sido cedida en respuesta a esta autorización.
- Receder: Entiendo que la información de salud que fue usada o cedida en acuerdo con esta autorización puede ser recedida por la persona que la recibio y no sigue protegida por las leyes y reglas federales sobre la privacidad de información de salud protegida.
- Información de Salud: Entiendo que autorizar el ceder de información de salud es voluntario. Yo puedo negar de firmar esta autorización. No tengo que firmar esta forma para asegurar tratamiento médico.

Si un Representante Personal ejecuta esta forma, ese Representante afirma que él o ella tienen autorización para firmar esta forma basada en su relación legal al estudiante nombrado arriba. Al ejecutar esta forma el Representante Personal, afirma que su relación legal con el estudiante nombrado arriba es de _____.

Testigo: _____

Firma de Padre/Tutor/Sustituto

Fecha

Imprima el Nombre del Padre/Tutor/Sustituto

Favor de enviar la información solicitada a:

Attn: _____ Título: _____

Teléfono: _____ FAX: _____

Una copia de esta autorización es tan válida como la original. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.