
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/Tutor

Fecha

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