

## Consentimiento para proporcionar información médica

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Nº de matrícula: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_ Grado: \_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**Este consentimiento permite que el Departamento de Servicios de Salud de PfISD y sus empleados, comuniquen al proveedor o institución de atención médica identificada intercambiar información del cuidado de salud para el estudiante mencionado. Este consentimiento es válido por un año escolar y debe renovarse cada año.**

Solicitante de PfISD: Departamento de Servicios de Salud

Persona de Servicios de Salud en la escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Proveedor o institución de atención médica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### **Permisos por obtener:**

Comunicación constante

Historial médico

Órdenes del médico

Me han informado plenamente y comprendo la petición de la escuela sobre mi consentimiento, como se describe anteriormente.

Le concedo permiso a PfISD de contactarme o contactar a la oficina del médico cuando se necesite.

Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser anulado en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete (si es pertinente)