



Consentimiento para la Liberación de Información Médica 2025-26

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____

Para: _____

(Nombre del Médico y Nombre de la Oficina)

(Dirección del Médico)

Yo, _____, autorizo al abajo firmante para intercambiar, liberar, enviar, certificar, y hacer disponible la información, los registros, los archivos, o los datos descritos en esta a la(s) persona(s) o institución(es) designadas abajo:

_____ Información para proveer servicios en el hogar

_____ Comportamiento

_____ Evaluaciones previas

_____ Actualizaciones Médicas

_____ Tratamiento provisto

_____ Médico

_____ Recomendaciones/limitaciones

_____ Notas de progreso

_____ Otra información relevante

Persona(s) Institución(es) a las cuales se les liberará información.

Enfermera Escolar/Escuela: _____

Enfermera Escolar/Escuela: Dirección: _____

Candis Deisler RN, MHA, BSN, Fort Wayne Community Schools Director, Health and Wellness Services

Dirección: Anthis, Health and Wellness Services, 1200 S Barr St, Fort Wayne, Indiana 46802

El propósito de esta solicitud para liberar información médica es:

Cuidado Médico/Tratamiento Otro:

(Se Requiere la Dirección de la/las Instituciones del/la/los Representante(s))

Yo he leído y entiendo el consentimiento de arriba y autorizo la comunicación entre mi proveedor de cuidado de la salud, el personal médico y la enfermera de la escuela. Esto puede ser contacto por teléfono, por correo, de persona a persona o por medio de fax. Yo doy consentimiento y solicito que una fotocopia de esta autorización sea aceptada con la misma autoridad que la original.

También doy permiso para compartir cualquier información médica sobre la salud de mi hijo/a con miembros del equipo educacional. Esta información será dada a aquellos miembros del equipo apropiados, en una manera confidencial, en base a la "necesidad de saber" para cumplir con las necesidades de la salud y educacionales de mi hijo/a. Entiendo que la información médica usada o revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeto a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegido por las leyes de privacidad federales o estatales.

Yo entiendo que esta liberación es efectiva hasta _____, pero que yo puedo revocar mi autorización en cualquier momento proveyendo aviso escrito a Fort Wayne Community Schools. Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento excepto hasta el punto en que ya se hayan tomado medidas en confianza de esta autorización.

Si es firmado por otro fuera del/la padre/madre de este/a niño/a menor, por favor adjuntar una copia de los documentos de custodia.

Relación con el/la Estudiante _____

→ Firma del/la Padre/Madre/Guardián

Legal _____ Fecha: _____

Firma de la Enfermera de la Escuela de
FWCS
