



Consentimiento para Proporcionar Información Médica

Nombre del Estudiante: _____ # de Matrícula: _____

DOB: _____ Género: M | F Grado: _____ Escuela: _____

Este consentimiento permite que el Departamento de Servicios de Salud de PflISD 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: Departamento de Servicios de Salud de Pflugerville ISD

Personal de servicios de salud del plantel: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Proveedor o Institución de Atención Médica: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Permisos por Obtener:

☐ Comunicación constante

☐ Órdenes del médico

☐ Historial médico

☐ Registro de vacunación

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

☐ Le concedo permiso a PflISD 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)