

PERMISO PARA OBTENER INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Yo, _____, doy me consentimiento al doctor,
(Nombre Padre/Guardian)

hospital, clínica agencia y escuela especificada abajo de dar la información relacionada con el

diagnostico y/o tratamiento de _____, _____,
(Nombre de Estudiante) (Fecha de nacimiento)

número de clínica/hospital _____, y número de Medicaid _____

a las Escuelas _____. Esta información se utilizara para coordinar programas de educación auxiliar y de terapia relacionada con los servicios de salud para este estudiante. Esta autorización para divulgar esta información es una petición de efecto inmediato, y sera válida por un año de la fecha firmada.

Información pedida en datalle: _____

Domicilio de la persona cuya información se está solicitando:	Información solicitada por:
_____ (Persona)	_____ (Persona)
_____ (Domicilio)	_____ (Domicilio)
_____ (Ciudad, Estado, Zip)	_____ (Ciudad, Estado, Zip)

(Firma de Padre/Guardian)

(Parentesco con el Estudiante)

(Fecha)