

El Sistema Escolar del Condado de Barrow

Consentimiento en revelar y faxear información médica
Medical Information Release and Fax Consent

{El propósito de este formulario es permitir el intercambio verbal y por escrito de información médica entre la escuela de un(a) estudiante y la oficina del doctor de su hijo(a)}

Como padre/madre/tutor legal de mi hijo(a) que asiste a la escuela
_____, entiendo que la escuela requiere Planes de
Nombre de la Escuela

Cuidado Médico y/o Formularios de Consentimiento en Administrar Medicamentos para todos los estudiantes con necesidades especiales, los cuales o requieren que el personal de la escuela administre o supervise estos servicios de cuidado médico al estudiante.

Yo por presente testamento doy mi permiso y consentimiento en relevar o dar a conocer la información médica relacionada con mi hijo(a),

_____ entre la oficina de su doctor(a):
Nombre del/de la Estudiante

_____ / teléfono _____
Nombre del/de la Doctor(a)

y la escuela nombrada anteriormente. Con mi firma yo también le doy mi permiso a la escuela para que consulten al/a la doctor(a) de mi hijo(a) y para que manden por fax la información médica (Planes de Cuidado Médico Para el Estudiante, formularios para la Administración de Medicamentos [Consentimientos, etc.] de un lugar al otro cuando sea necesario hacerlo.

Firma de un padre/tutor

Fecha