

# Departamento de Enfermería

## PERMISO PARA OBTENER INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Yo, \_\_\_\_\_, doy me consentimiento al doctor,  
(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 \_\_\_\_\_ (si lo sabe)

a las Escuelas Públicas de Albuquerque. 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: \_\_\_\_\_

<p><i>Domicilio de la persona cuya información se está solicitando:</i></p> <p>_____</p> <p>(Persona)</p> <p>_____</p> <p>(Domicilio)</p> <p>_____</p> <p>(Ciudad, Estado, Zip)</p>	<p>Información solicitada por:</p> <p>_____</p> <p>(Persona)</p> <p>_____</p> <p>(Domicilio)</p> <p>_____</p> <p>(Ciudad, Estado, Zip)</p>
---	--

\_\_\_\_\_  
(Firma de Padre/Guardian)

\_\_\_\_\_  
(Parentesco con el Estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)