

CHAMBERSBURG AREA SCHOOL DISTRICT
SERVICIOS DE SALUD DE LA ESCUELA
AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION CONFIDENCIAL

Para: _____

Fecha: _____

La escuela del Distrito de Chambersburg es autorizado a recibir de/dar a _____ la siguiente información:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médica/Información de Inmunización | <input type="checkbox"/> Evaluación siquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Salud/ Récord Dentales | <input type="checkbox"/> Lingüística/Evaluación oído |
| <input type="checkbox"/> Hospital/Datos clínicos | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Consultación por Teléfono | <input type="checkbox"/> Evaluaciones Audio lógicas |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Visitantes de Escuela/Casa | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Consejeros | _____ |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Sicológicas | _____ |

La información será usada con el propósito de coordinar las necesidades de salud con el programa educacional.

Este consentimiento debe empezar en _____ y terminar en _____

Esta información ha sido revelada de récords de quien su confidencialidad puede ser protegida por la ley de Pennsylvania, Acta 63 y /o pennsylvania PL 817 y /o ley federal pública 93-282. Estas regulaciones prohíben a la agencia que la recibe dar información adicional sin un consentimiento escrito previamente.

Cuando los récords son requeridos por el personal de la escuela para un estudiante que está matriculado o se está matriculando en el sistema de la escuela, permiso parental no es requerido.

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Dirección _____

Firma de los Padres /Guardián _____ Fecha _____

POR FAVOR REMITA LOS RECORDS A: Los servicios de salud de la escuela

Teléfono: _____ FAX: _____ E-Mail _____