ESCUELAS PÚBLICAS DE SOMERSET

SERVICIOS DE SALUD

PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA/DE EDUCACIÓN

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Año Escolar: _____

Para asistir a la escuela pública de Somerset en proveer un ambiente seguro y saludable para el estudiante arriba mencionado, la enfermera de la escuela y/o psicólogo de la escuela está solicitando autorización para la divulgación de información médica/de educación. Esta información es para el uso del personas que están directamente involucrados en ayudar a su hijo.

Yo autorizo (Nombre del médico o la Agencia) _____ para discutir y dar cualquier información en los archivos de mi hijo/a _____ con la enfermera de la escuela y/o la psicóloga de la escuela que pueden ser de utilidad en la formulación de los mejores planes para la educación y el tratamiento de mi hijo.

Padre / tutor (letra de molde): _____

Padre / tutor (firma): _____

Relación con el estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

POR FAVOR ENVIAR INFORMACIÓN A:

Escuela: **South Elementary School**

Dirección: **700 Read Street**

Somerset, MA 02726

Atención: _____

Teléfono: **508-324-3180**

FAX: **508-324-3182**