

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Apellido del paciente: _____ Primer
nombre: _____ 2^{da} inicial: _____
Fecha de nacimiento: _____

Estimados Padres,

La enfermera de la escuela de su hijo/a es una socia valiosa en el éxito académico de su hijo/a. Las enfermeras escolares desempeñan un papel importante en mantener a los niños sanos y libres de lesiones para que ellos puedan hacer su mejor esfuerzo en la escuela. El comunicarse acerca de la salud de su hijo/a es de utilidad para quienes están involucrados en el bienestar del mismo/a; sin embargo, **Community Clinic no comparte la información del paciente sin un consentimiento firmado.**

Usted puede elegir dar permiso a Community Clinic para informar al distrito escolar que su niño/a es su paciente, con su firma abajo. Esta información ayuda a la escuela a saber cuántos estudiantes usan la clínica, y estos informes ayudan a asegurar las ayudas financieras.

☐ Compartir con la escuela que mi hijo/a es un paciente de Community Clinic.

También puede elegir, si desea, que Community Clinic comparta la información de la visita, como el diagnóstico, los medicamentos recetados y las citas de seguimiento, con la enfermera de la escuela, firmando a continuación:

☐ Compartir la información con la enfermera escolar/entrenador atlético de las visitas de mi hijo/a a Community Clinic, tal como el diagnóstico, los medicamentos recetados y las citas de seguimiento.

Nombre

Fecha

Firma