

Anexo VI
Reglamento 757-3

Escuelas Públicas del Condado de Prince William
Autorización y permiso para el intercambio y divulgación de información médica

_____ Nombre del estudiante	_____ No. de ident. del estudiante	_____ Fecha de nacimiento
_____ Nombre del padre/tutor	_____ Teléfono	_____ Escuela

La información obtenida sobre cada estudiante se clasifica como confidencial. La información privada no puede discutirse o divulgarse con nadie fuera de la división escolar, excepto con la autorización del padre/tutor.

La persona que a continuación firma autoriza: Nombre del médico _____
Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____
entregar a:
Enfermería escolar: Nombre de la escuela _____ Dirección _____
Teléfono _____ Fax _____ información de su historial médico.

La siguiente información es solicitada:

_____ Historial médico
_____ Informe del examen físico
_____ Registro de vacunación
_____ Otros _____ (especifique)

La información recibida sobre su hijo/a se utilizará para uno o más de los siguientes propósitos:

1. Para facilitar la evaluación del Programa de Educación Individualizado de su hijo/a.
2. Para determinar las necesidades de salud de su hijo/a, que pueden requerir servicios especiales durante la escuela.
3. Para facilitar la orientación médica o los servicios de salud escolar que usted prefiera para su hijo/a.
4. Para proporcionar al personal de la división escolar una mejor comprensión de las necesidades de salud de su hijo/a.

Esta autorización puede ser revocada por usted en cualquier momento por escrito y vence automáticamente el 30 de junio al final del año fiscal escolar.

_____ Fecha	_____ Firma del Padre/tutor	_____ Relación con el niño/a
----------------	--------------------------------	---------------------------------

La escuela no está autorizada ni financiada para pagar por esta información.