



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION



Complete SÓLO si su hijo(a) cumple con uno de los siguientes:

- ☐ Recibe servicios de educación especial en la escuela
- ☐ Requiere medicamentos diarios o de emergencia en la escuela
- ☐ Requiere procedimientos especiales en la escuela (por ejemplo, alimentación por sonda, cateterismo, etc.)
- ☐ Tiene una afección de salud crónica, como asma, diabetes, convulsiones, reacción alérgica grave, etc.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente solicito y autorizo lo siguiente para divulgar al Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit, Oficina de Servicios de Información Estudiantil, información médica sobre mi hijo(a):

Médico / Centro Médico: _____

Teléfono: _____

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: / /

Entiendo que esta autorización es voluntaria y expirará cuando mi hijo salga del distrito o sea rescindida por mí por escrito.

Nombre del Padre / Tutor: _____

Firma: _____

Relación con el niño(a): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha: / /