



Nursing Services
 Kern High School District
 5801 Sundale Avenue
 Bakersfield, CA 93309
 (661) 827-4532 Office (661) 834-1690 Fax

AUTORIZACION PARA OTORGAR INFORMACION MÉDICA

PARA: Padres o Guardianes

DE PARTE DE: Enfermera del Distrito
 Preparatoria del Distrito Escolar de Kern

REFERENTE A: _____
 (Estudiante) (Fecha de nacimiento) (Escuela)

Para servirle más a su estudiante, es necesario que yo pueda comunicarme con el doctor de su estudiante. Todas las comunicaciones serán entendidas médicamente confidenciales y van hacer tratadas como tal. Es estrictamente ilegal compartir información sin su consentimiento por escrito. Esta autorización empieza a hacer efectiva inmediatamente y permanecerá en efecto por un (1) año de la fecha que el padre/guardián firme, pero no más tiempo del que es necesario para archivar el estado del propósito.

Yo _____ le doy mi
 (Nombre del Padre)
 consentimiento a _____ para compartir información
 (Nombre del Doctor)
 medica necesaria a cerca de mi hijo/a con las Enfermeras del Distrito Escolar de Preparatoria de Kern.

POR FAVOR DE REGRESAR A:
 Enfermera del Distrito
 Oficina de Servicios de Enfermería
 Preparatoria del Distrito Escolar de Kern
 5801 Sundale Avenue
 Bakersfield, CA 93309

Firma _____ Fecha _____
 (Nombre del Padre/Guardián)

Firma _____ Fecha _____
 (Estudiante)