

Entiendo que puedo cancelar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, entiendo que la cancelación no afectará la información que ya fue puesto en libertad.

Entiendo que esta información es confidencial, está protegido por la ley estatal y federal, y la información médica requiere el consentimiento del padre / estudiante adulto antes de la divulgación. Entiendo lo que significa este acuerdo y voluntariamente apruebo la divulgación de esta información.

Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso para liberar cualquier información médica relativa a las pruebas, el diagnóstico y / o tratamiento para el VIH / SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, trastorno psiquiátrico / de salud mental o de drogas y el uso o / alcohol. Esta autorización se incluye información sobre / mi estado de mi hijo como paciente y como los casos de (inicial si aplica):

- Planificación familiar/aborto _____ (Sin límite de edad)
- Tratamiento por alcoholismo/drogadicción _____ (Consentimiento del estudiante de 13 años)
- Servicios de salud mental _____ (Consentimiento del estudiante de 13 años)
- Otros, como se indica: _____

Relación con el estudiante: Padres/Guardián Estudiante Representante autorizado del estudiante

Escriba su Nombre

Firma

Fecha

Esta sección para BREMERTON SCHOOL DISTRICT PERSONA:

Este permiso expira 90 días después de la fecha de su firma para médicos y 180 días para los registros educativos.

Los registros médicos caducan el: _____
Fecha

Los registros educativos caducan el: _____
Fecha

Para aquellos que reciben la información bajo esta autorización: Esta información revelada a usted está protegido por la ley estatal y federal. Usted no está autorizado a divulgar a cualquier agencia o persona que no figuran en esta forma sin el consentimiento expreso y por escrito de la persona a quien pertenece. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro no es suficiente. Véase el capítulo 70.02 RCW.

Esta es una copia fiel del documento original autorizada.

Nombre

Firma

Fecha