

Consent to Release Medical Information

Student Name: _____ DOB: _____

Date: _____ Grade: _____ Teacher: _____

I hereby consent for _____ (Physician or

facility) to release medical information on the above named student. Please fax

information requested to the school nurse at the La Joya ISD. I fully understand that

this medical information will be treated confidentially and used to facilitate the

education of the child named above. Thank you for your attention.

Diagnosis Treatment/Medications Recommendations Limitations (PE)

Parent / Guardian Signature

Date

Consentimiento para liberación de información médica al distrito escolar de La Joya

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____ Grado: _____ Maestro(a): _____

Yo _____ doy permiso a _____ que de información médica de él estudiante _____ . Yo entiendo que la información es confidencial y va a ser para facilitar la educación del estudiante. Por favor mande la información por fax a la oficina de la enfermera escolar de la Joya ISD.

Diagnóstico Tratamiento / Medicamentos Recomendaciones Limitaciones (PE)

Gracias por su atención y apoyo en nuestra petición.

Permiso de Padre/Tutor

Fecha