



Framingham Public Schools
Robert A. Tremblay, Ed.D., Superintendent of Schools

DEPARTMENT OF HEALTH AND WELLNESS
Ms. Judith Styer, Director
73 Mount Wayte Avenue, Suite 5
Framingham, MA. 01072
Telephone: 508-626-9197 Fax: 508-877-3243

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ ESCUELA _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ GRADO _____

Se adjunta una autorización para la liberación de información médica para el estudiante nombrado arriba.

Necesitamos esta información para determinar cuál es la mejor manera de disponer con asuntos de salud del estudiante en relación con el entorno escolar.

Por favor, indique su consentimiento para divulgar información médica de su hijo/a firmando a continuación.

Sinceramente,

Enfermera Escolar/Doctor Escolar/Principal

Autorización para CONSULTAR CON UN MEDICO, HOSPITAL, Ó CLÍNICA

Por este medio autorizo a cualquier médico, hospital o clínica que haya atendido a mi hijo/a _____ a divulgar información médica al Servicio de Salud Escolar de las Escuelas Públicas de Framingham para su uso confidencial, según se ha indicado aquí.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____
Padre/Guardián