

**ESCUELAS PÚBLICAS DE LYNN**  
Centro de Bienvenida– 100 Bennett Street, Lynn, MA 01905  
Teléfono: (781) 592-8796 - Fax: (781) 598-3160



**REGISTROS MÉDICOS**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**ESCUELA:** \_\_\_\_\_

**ID:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento.:** \_\_\_\_\_

**Código:** HS HM HD HDS HU

Yo, \_\_\_\_\_ el padre/tutor de \_\_\_\_\_

por la presente doy mi consentimiento para la divulgación de información médica a cualquier enfermera(s) y/o sustituto(s) de enfermera empleado(s) por las Escuelas Públicas de Lynn y/o la Ciudad de Lynn.

\_\_\_\_\_  
Firma del Registrador del Centro de Bienvenida

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

**REGISTROS MÉDICOS**  
**FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA PADRES**

El personal del Centro de Bienvenida debe comprobar el estado de vacunación de su hijo antes de su admisión a la escuela. Todos los registros médicos entregados al personal del Centro de Bienvenida serán enviados a la enfermera de la escuela de su hijo.

Como padre/tutor del estudiante, usted es el guardián de la información relacionada con ciertas condiciones médicas. Como padre/tutor usted tiene el derecho de remover cualquier información del registro médico de su hijo que usted considere confidencial - antes de entregar estos registros a los empleados del Departamento Escolar de Lynn.

Sin embargo, el Departamento de las Escuelas Públicas de Lynn cree que, en el mejor interés de un niño con una condición médica, el personal necesario dentro del sistema debe ser notificado, para que trabajemos juntos para proteger la salud de su hijo.

*Como padre/tutor, he leído la notificación anterior, y entiendo mis derechos y la información presentada.*

Firma del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_