



REGISTOS MÉDICOS FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ESCOLA: _____

ID: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

Código: HS HM HD HDS HU

Eu, _____ pai/mãe/tutor de _____

autorizo por este meio a divulgação de informações médicas a todo e qualquer enfermeiro e/ou enfermeiro substituto empregado pela Lynn Public Schools e/ou pela Cidade de Lynn.

Assinatura do Funcionário do Welcome Center

Data

Assinatura do Pai/Mãe/Tutor

Data

REGISTOS MÉDICOS FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DOS PAIS

Os funcionários do Welcome Center devem verificar o estado de vacinação do seu filho antes da sua admissão na escola. Todos os registos médicos dados aos funcionários do Welcome Center serão encaminhados para o enfermeiro da escola do seu filho.

Como pai/mãe/tutor do aluno, você é o guardião da informação relativa a certas condições médicas. Como pai/mãe/tutor, tem o direito de retirar qualquer informação do registo médico do seu filho que considere confidencial - antes de dar aos funcionários do Departamento da Lynn School esses registos.

Contudo, o Departamento da Lynn Public School acredita que, no melhor interesse de uma criança com uma condição médica, os funcionários necessários dentro do sistema devem ser notificados, de modo a trabalharmos em conjunto para proteger a saúde do seu filho.

Como pai/mãe/tutor, li a notificação acima e compreendi os meus direitos e as informações apresentadas.

Assinatura do Pai/Mãe/Tutor: _____

Data: _____