

## CONSENT TO PARTICIPATE

NAME OF PARENT / LEGAL GUARDIAN
CHILD'S NAME

I consent for above-named child to participate in the *PARTNERS FOR HEALTHY STUDENTS PROGRAM (PHS)*. I understand that my signature on this form authorizes the *PHS* Medical Director, nurse practitioner, nurses and staff to provide basic health services to my child. This consent is valid for one year.

I authorize the release of any or all of my child's medical records among the *PHS* Medical Director, patient's primary care physician, nurse practitioner, nurses and *PHS* personnel as necessary for program management and the continuation and management of my child's health care.

I release YRMC Partners for Healthy Students, their members, officers, employees, agents, health care providers, and representatives from any and all accidents, claims, suits, liabilities, legal costs, and attorneys' fees arising out of the operation of the *PHS* Program.

### BY SIGNING BELOW, I FURTHER CERTIFY THAT:

1. I am the parent or legal guardian of the child named above.
2. I have read and understand this consent form and the services offered by the *PHS* Program.
3. I have received, read and understand the *PHS* Program Information form.
4. I understand that I may revoke this consent at any time.

NAME OF PARENT / LEGAL GUARDIAN (PLEASE PRINT)	PHONE NUMBER
SIGNATURE OF PARENT / LEGAL GUARDIAN	DATE

**If you have any questions regarding any of the services mentioned in this consent form, please speak with your school nurse or call *Partners for Healthy Students* at (928) 771-5662.**

## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR LEGAL
NOMBRE DEL NIÑO

Autorizo al niño antes mencionado a participar en el programa *PARTNERS FOR HEALTHY STUDENTS (PHS)*. Comprendo que, al firmar este formulario, autorizo al director médico de *PHS*, enfermeras practicantes, enfermeras y al personal a prestar servicios básicos de salud a mi hijo. Este consentimiento tiene una vigencia de un año.

Autorizo a que se entreguen todas las historias clínicas de mi hijo al director médico de *PHS*, médico de atención primaria del paciente, enfermeras practicantes, enfermeras y personal de *PHS*, según sea necesario para el control del programa y la continuación y el control de la atención de salud de mi hijo.

Libero a YRMC Partners for Healthy Students, sus miembros, funcionarios, empleados, agentes, proveedores de servicios de salud y representantes, de todo accidente, reclamación, demanda, responsabilidad, gastos judiciales y honorarios de abogados que surjan de la operación del programa *PHS*.

### AL FIRMAR ABAJO CERTIFICO QUE:

1. Soy el padre o tutor legal del menor nombrado anteriormente.
2. He leído y comprendido este formulario de consentimiento y los servicios ofrecidos por el programa *PHS*.
3. He recibido, leído y comprendido el formulario de información del programa *PHS*.
4. Comprendo que puedo revocar este consentimiento a cualquier momento.

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR LEGAL	NÚMERO DE TELÉFONO
FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL	FECHA

**Si tiene cualquier duda acerca de los servicios mencionados en este formulario de consentimiento, consulte con la enfermera de la escuela o llame a *Partners For Healthy Students* al (928) 771-5662.**

**YAVAPAI REGIONAL MEDICAL CENTER  
PARTNERS FOR HEALTHY STUDENTS  
CONSENT TO PARTICIPATE /  
CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR**