

CONSENT TO SHARE INFORMATION

I give permission for the YRMC Partners for Healthy Students staff to share information about the health and welfare of my child with:

School Nurse at: _____
(Your Childs School Name)

- Medications Valid From _____ To _____
- Lab work Valid From _____ To _____
- Immunizations Valid From _____ To _____
- Vision/hearing concerns Valid From _____ To _____
- Pertinent disease information Valid From _____ To _____

CHILD'S NAME		DATE OF BIRTH
PARENT/GUARDIAN NAME	RELATIONSHIP TO CHILD	CONTACT PHONE NUMBER
PARENT / LEGAL GUARDIAN SIGNATURE		DATE

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Autorizo al personal de YRMC Partners for Healthy Students a compartir información sobre la salud y bienestar de mi hijo con:

Enfermera de la escuela en: _____
(Nombre de la escuela de su hijo)

- Medicamentos, válido desde _____ hasta _____
- Pruebas de laboratorio, válido desde _____ hasta _____
- Vacunas, válido desde _____ hasta _____
- Problemas de la vista/audición, válido desde _____ hasta _____
- Información pertinente de la enfermedad, válido desde _____ hasta _____

NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL	PARENTESCO CON EL NIÑO	NÚMERO DE CONTACTO
FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL		FECHA

YAVAPAI REGIONAL MEDICAL CENTER
 PARTNERS FOR HEALTHY STUDENTS
CONSENT TO SHARE INFORMATION /
CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN