



## CAMBRIDGE PUBLIC SCHOOLS

159 THORNDIKE STREET CAMBRIDGE, MASSACHUSETTS 02141

### CONSENTIMIENTO Y EXENCIÓN INFORMADA PARA LA PROVISIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE CAMBRIDGE

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que mi niño o niña,  
(Imprima Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal)

\_\_\_\_\_ ha sido tratado/a al \_\_\_\_\_  
(Imprima Nombre del Niño o Niña) (Nombre del Local de Asistencia Médica)

(a continuación definido como "Local de Asistencia Médica".) Yo reconozco que mi niño o niña

fue a este Local de Asistencia Médica alrededor del \_\_\_\_\_. Con el fin de facilitar la exitosa  
(Fecha)

reintegración de mi niño o niña en el ambiente de la escuela, yo doy mi consentimiento para que el Local de Asistencia Médica facilite a las Escuelas Públicas de Cambridge el registro médico/de salud de mi niño o niña, incluyendo el plan de dar de alta y otra información confidencial relacionada con la asesoría y/o tratamiento de mi niño o niña en el Local de Asistencia Médica, y otra Información Médica Protegida, tal como dicho término es definido en 45 C.F.R. §264.502 y en las Reglas de Privacidad del Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud. Yo también, por la presente, doy consentimiento para que el personal de las Escuelas Públicas de Cambridge participe y/o tengan discusiones y/o reuniones con el personal del Local de Asistencia Médica con respecto al plan para dejar de alta a mi niño o niña. Yo he leído este Consentimiento y Exención Informada, y entiendo sus términos. Yo lo firmo voluntariamente y con el total conocimiento de su importancia.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha