

**ORAL HEALTH PARTNERSHIP**  
**PERMISO, CERTIFICACION Y LIBERACION DE INFORMACION**

**INSTRUCCIONES:** Completa cada sección de abajo y regresa el formulario a la escuela de su hijo(a). Una copia de este formulario deberá ser archivado en el Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay antes de que se pueda ofrecer servicio en el Distrito o en la clínica.

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:
------------------------	----------------------

**Permiso para Atender**

El estudiante nombrado arriba tiene mi permiso de recibir servicio dental de la Asociación Oral de Salud mientras esté inscrito como estudiante en el Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay durante el día académico. El personal de la Asociación Oral de Salud trabajara en conjunto con el personal de la escuela para determinar el tiempo más adecuado para recibir servicios.

Firma de Padre/ Apoderado Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Autorización Voluntaria para Obtener y Dar Información**

Yo, Padre/ Apoderado Legal, por este medio autorizo al Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay de dar a la Asociación Oral de Salud de cualquier forma (p. ej. verbal, escrita o electrónica) los siguientes archivos relacionado con el estudiante nombrado arriba: el horario del estudiante, nombre del maestro, y la locación del estudiante durante el día en la escuela para propósitos de localizar al estudiante para dar servicios dentales. Yo entiendo que la información solicitada es para el propósito de dar servicios dentales. Yo entiendo que tengo el derecho de obtener una copia de los archivos que son dados y también tengo el derecho de una copia de esta autorización (un cargo por las copias de archivos de educación puede ser cobrada). Yo entiendo que mi autorización es voluntaria.

**Anulación de Autorización–** Yo entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización, excepto que la información ya ha sido entregada en acuerdo con esta autorización. Yo entiendo que mi anulación será aceptada solo si es por escrito y es entregado a la agencia/Individuo que ha estado dando la información.

**Este permiso es válido por el tiempo que el nombre del estudiante de arriba esté inscrito en el Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay.** Una copia de este formulario es tan efectivo así como lo es el original. Yo declaro que soy el Padre o Apoderado Legal del estudiante nombrado arriba, o que soy el estudiante y soy mayo de edad y tengo autoridad de firmar este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/Apoderado Legal)                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma (Estudiante – si aplica)                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre (Padre/Apoderado Legal)

\_\_\_\_\_  
Relación hacia el estudiante (padre, apoderado legal, representativo personal o estudiante mayor de edad)

cc:      Parent/Legal Guardian  
          Student Cumulative File (Consent Folder)