



**Distrito Escolar North Thurston**

305 College Street NE  
Lacey, Washington 98516-5390  
www.nthurston.k12.wa.us

**Dr. Maddy de Give, Directora Ejecutiva**  
Servicios de Apoyo para los Estudiantes y Personal  
División de Servicios de Instrucción  
Teléfono: (360) 412-4466 Fax: (360) 412-4555

**PERMISO DE ENTREGAR/INTERCAMBIAR  
INFORMACIÓN DE SALUD/MÉDICA CONFIDENCIAL**

Estudiante _____	Fecha de naci. _____
Escuela _____	Grado _____

Yo, por medio de la presente, autorizo la entrega y/o el intercambio de información de salud/médica solicitada acerca del estudiante mencionado arriba entre el Distrito Escolar North Thurston y el proveedor/organismo siguiente:

Nombre del proveedor/organismo
Dirección
Ciudad                      Estado                      Cog. postal
Teléfono                                      Fax
Información solicitada

Nombre del proveedor/organismo
Dirección
Ciudad                      Estado                      Cog. postal
Teléfono                                      Fax
Información solicitada

*Por favor, mande la información solicitada a:*

Escuela \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cog. postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN: ENFERMERA DE LA ESCUELA**

La información recibida por el Distrito Escolar North Thurston se guardará en los registros del estudiante y estarán disponible para inspeccionarse y revisarse de acuerdo con los requisitos de la Ley de Derechos y Privacidad de las Familias (Family Rights and Privacy Act) de 1974.

Firma del estudiante (requerida si es mayor de 13) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cog. postal \_\_\_\_\_