



## Consentimiento del Proyecto CARE para Estudiantes Mayores de 18 Años de Edad

La salud es importante para el éxito en la escuela. Mi escuela está colaborando con médicos y enfermeros/as locales a través del Proyecto Esfuerzo por la Reducción del Ausentismo Crónico, CARE (siglas en inglés) para mantener a nuestros/as estudiantes saludables y exitosos/as en la escuela. Complete el siguiente formulario para autorizar su participación.

Soy \_\_\_\_\_.  
(Nombre del/de la estudiante y fecha de nacimiento)

Al firmar a continuación, autorizo mi participación en el proyecto CARE, y doy mi consentimiento a la escuela y a otros en las EPDC de compartir mis registros de asistencia con mi médico, enfermero/a, y personal médico de la oficina. Esto les permitirá a las EPDC colaborar con estos profesionales de la salud para mantenerme saludable y exitoso/a en la escuela.

Reconozco y entiendo que tengo la oportunidad de revisar los registros que serán compartidos y el derecho de cuestionar el contenido de dichos registros, y certifico que tengo por lo menos dieciocho (18) años de edad.

Esta autorización continuará vigente mientras esté matriculado/a en las EPDC, a menos que yo retire mi consentimiento por escrito. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. NOTA: Si las EPDC desean compartir o discutir otros aspectos de mi expediente académico con mi equipo médico, se me pedirá un consentimiento por separado.

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del/de la estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Dirección actual del/de la estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Número de contacto del/de la estudiante)

### **NEGATIVA A PARTICIPAR**

Al firmar a continuación, rechazo participar en el Proyecto CARE, y no autorizo que mis registros de asistencia se compartan con mis médicos, enfermeros/as, y personal médico de su oficina.

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del/de la estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Dirección actual del/de la estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Número de contacto del/de la estudiante)