

Wylie ISD

In Case of Emergency

In case of injury or serious illness, I hereby grant permission for school employees to secure medical services for the student named on this sheet. Such treatment will be administered only by licensed medical personnel. I agree to accept responsibility for all authorized doctor, hospital and medical expenses.

I consent to the release of the medical information contained on this form to school officials who have a legitimate educational interest in the information, according to WISD Board Policy and the Family Education Rights and Privacy Act. I give permission for the release of confidential information regarding my child's specific health problems to third parties, other than school officials, as required to facilitate emergency medical care and/or treatment of my child.

En caso de una lesión o enfermedad, doy permiso a los empleados de la escuela de otorgar los servicios médicos necesarios para el estudiante mencionado en esta hoja. Cualquier tratamiento necesitado será administrado solamente por el personal médico calificado. Estoy de acuerdo y acepto la responsabilidad de todos los gastos médicos y de hospital.

Doy mi consentimiento para que la información médica descrita en esta hoja, sea proporcionada al personal calificado de la escuela con propósito educacional. Esto de acuerdo con el comité de política del Distrito Escolar de Wylie y de los derechos de discreción de la educación de la familia. Doy mi permiso para que la información confidencial concerniente a los problemas de salud de mi hijo/a, sea otorgada a terceras personas en caso de que sea requerida con el fin de facilitar servicios de emergencia, cuidados y tratamientos para mi hijo/a.

Signature\Firma: _____

Date: _____