

**San Ysidro Health Center Providing Primary Care Services
At
San Ysidro High School**

PARENT/LEGAL GUARDIAN RELEASE AND WAIVER OF CLAIMS

I (Parent/Legal Guardian Name) _____, hereby release Sweetwater Union High School District (District) and waive any and all claims for injury, accident, illness, death, or property damage occurring by reason of the referral made by the District to San Ysidro Health Center's (SYHC) Medical Mobile Unit located at San Ysidro High School, except for claims based upon the fraud, willful injury to person or property, or violations of law by the District, its officers, employees and agents. I further agree to indemnify the District, its officers, employees and agents from and against any and all claims, demands, losses, or liabilities of any kind or nature I may have against the District, its officers, agents and employees, sustained as a result of, arising out of, or in any manner connected with the referral to a San Ysidro Health Center clinic, including but not limited to, acts of the physician or other practitioner. I understand that San Ysidro Health Center is not affiliated with the District even though the SYHC Medical Mobile Unit is operated on the grounds of San Ysidro High School.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

RELEASE OF PUPIL RECORDS

I (Parent/Legal Guardian Name) _____ hereby authorize the release of records maintained by the District pertaining to my child (Name of Student) _____ to San Ysidro Health Center ("SYHC") as requested by SYHC for purposes of providing services at the SYHC Medical Mobile Clinic located at San Ysidro High School, or to any SYHC medical clinic, provided that SYHC maintains the confidentiality of those records and does not release them to third parties without my further written consent.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

RETURN TO SCHOOL NURSE OFFICE

**Unidad Médica Móvil del Centro de Salud de la Comunidad de San Ysidro
Proveyendo Servicios en la Preparatoria de San Ysidro**

RENUNCIA DE RECLAMACIÓN PARA PADRE O TUTOR LEGAL

Yo, (padre o tutor legal) _____ por medio del presente documento libero al Distrito Escolar de Sweetwater (Distrito) y renuncio a toda reclamación por accidente, lastimadura, enfermedad, muerte o daño a propiedad que haya tenido lugar por ser referido por el distrito a la unidad Medica Móvil del Centro de Salud de la comunidad de San Ysidro (SYHC) localizada en la escuela de San Ysidro con la excepción de reclamaciones basadas en fraude, daño voluntario a personas o propiedad, o violaciones de la ley por el Distrito, sus oficiales, empleados o agentes. Además, estoy de acuerdo en indemnizar al Distrito, sus oficiales, empleados y agentes contra cualquier reclamo, demanda, pérdidas u obligaciones, o de cualquier clase o naturaleza que puede tener en contra del Distrito, sus oficiales, agentes y empleados, sufridos como resultado de, o a causa de, o conectado en cualquier forma con la recomendación (referral) al SYHC, incluyendo más no limitándose a actos del médico u otro profesional. Estoy consciente, que aún cuando la Unidad Médica Móvil de SYHC se localiza en la Preparatoria de San Ysidro no está afiliada al Distrito.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER ARCHIVOS DEL ALUMNO

Yo, (padre o tutor legal) _____ autorizo la liberación de los expedientes de mi hijo: _____ mantenidos por el Distrito a SYHC, solicitados por parte del Centro de Salud con el propósito de proveer servicios en el programa de la Unidad Médica Móvil de SYHC en la Preparatoria de San Ysidro o en cualquier clínica del Centro de Salud, a condición que SYHC mantenga en confianza esos expedientes y no los libere a terceras partes sin mi consentimiento adicional por escrito.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

REGRESAR A LA OFICINA ADMINISTRATIVA 100