

**LAWRENCE PUBLIC SCHOOLS**  
**KINDERGARTEN REGISTRATION FORM**

DATE \_\_\_\_\_

CHILD'S NAME \_\_\_\_\_  
(LAST NAME) (FIRST NAME) (MIDDLE NAME)

ADDRESS \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_  
(NUMBER) (STREET NAME) (APT#/FLOOR) (ZIP CODE)

D.O.B. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PLACE OF BIRTH \_\_\_\_\_ SEX \_\_\_\_\_  
(CITY) (STATE OR COUNTRY) M/F

RACE (CIRCLE ALL THAT APPLY) WHITE BLACK ASIAN AMERICAN INDIAN HISPANIC  
ETHNIC GROUP \_\_\_\_\_  
(EXAMPLE: DOMINICAN, PUERTO RICAN, PORTUGUESE, VIETNAMESE, CAMBODIAN, LEBANESE, ETC.)

LANGUAGE SPOKEN AT HOME \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_  
(OPTIONAL)

**FAMILY INFORMATION**

MOTHER/GUARDIAN

FATHER/GUARDIAN

NAME \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_

RELATIONSHIP \_\_\_\_\_

RELATIONSHIP \_\_\_\_\_

(PLEASE CIRCLE)

ADDRESS \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

TELEPHONE \_\_\_\_\_

TELEPHONE \_\_\_\_\_

MIGRANT YES NO

CELL PHONE \_\_\_\_\_

CELL PHONE \_\_\_\_\_

REFUGEE YES NO

EMAIL \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

IMMIGRANT YES NO

OCCUPATION \_\_\_\_\_

OCCUPATION \_\_\_\_\_

FOSTER CHILD YES NO

EMPLOYER \_\_\_\_\_

EMPLOYER \_\_\_\_\_

STATE WARD YES NO

WORK TELEPHONE \_\_\_\_\_

WORK TELEPHONE \_\_\_\_\_

HOMELESS YES NO

PLACE OF BIRTH \_\_\_\_\_

PLACE OF BIRTH \_\_\_\_\_

**BROTHERS/SISTERS**

(IF MORE SIBLINGS, PLEASE LIST ON SEPARATE SHEET)

NAME \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ SCHOOL \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ SCHOOL \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ SCHOOL \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ SCHOOL \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ SCHOOL \_\_\_\_\_

PREVIOUSLY REGISTERED FOR THE LAWRENCE PUBLIC SCHOOLS (CIRCLE ONE) YES NO

PREVIOUS SCHOOL \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

I UNDERSTAND THAT I NEED TO COMPLETE THE ENROLLMENT PROCESS INCLUDING THE PROVISION OF ALL  
REQUIRED INFORMATION AND THAT THE INFORMATION I HAVE PROVIDED IS TRUE.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE \_\_\_\_\_

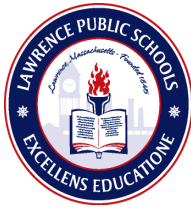
HOLDING SCHOOL \_\_\_\_\_ GRADE \_\_\_\_\_ PROGRAM CODE \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

SCHOOL ASSIGNMENT \_\_\_\_\_ EFFECTIVE DATE \_\_\_\_\_

ENTERED INTO COMPUTER BY: \_\_\_\_\_ IMMUNIZATIONS OK \_\_\_\_\_

NAME

INITIALS OF SCHOOL NURSE  
WHEN COMPLETE



**ESCUELAS PÚBLICAS DE LAWRENCE**  
**FORMULARIO DE MATRICULA PARA KINDERGARTEN**

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE NIÑO(A) \_\_\_\_\_  
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
(NUMERO) (CALLE) (APT#/PISO) (CÓDIGO POSTAL)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_  
(CIUDAD) (ESTADO O NACIÓN) M/F

RAZA ETICA (CIRCULE LOS QUE APPLIQUEN) BLANCO NEGRO ASIATICO INDIO AMERICAN HISPANO

GRUPO ETICO \_\_\_\_\_  
(EJEMPLO: DOMINICANO, PUERTORRIQUENO, PORTUGUES, VIETNAMITA, CAMBOYANO, LIBANES, ETC.)

IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR \_\_\_\_\_ S.S.# \_\_\_\_\_  
(OPCIONAL)

**INFORMACION DE LA FAMILIA**

MADRE/ENCARGADA

PADRE/ENCARGADO

NOMBRE _____	NOMBRE _____	
RELACION _____	RELACION _____	(CIRCULE UNO)
DIRECCION _____	DIRECCION _____	
TELEFONO _____	TELEFONO _____	EMIGRANTE SI NO
CÉLULAR _____	CÉLULAR _____	REFUGIADO SI NO
EMAIL _____	EMAIL _____	INMIGRANTE SI NO
OCUPACION _____	OCUPACION _____	CUSTODIA DEL ESTADO SI NO
DONDE TRABAJA _____	DONDE TRABAJA _____	SALA DEL ESTADO SI NO
TEL. DEL TRABAJO _____	TEL. DEL TRABAJO _____	SIN HOGAR SI NO
DONDE NACIO _____	DONDE NACIO _____	

**HERMANOS/HERMANAS**

(SI TIENE MÁS HERMANOS USE OTRO PAPEL SEPARADO)

NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	ESCUELA _____
NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	ESCUELA _____
NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	ESCUELA _____
NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	ESCUELA _____
NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	ESCUELA _____

HAN ESTADO MATRICULADOS ANTERIORMENTE EN LAS ESCUELAS PUBLICAS DE LAWRENCE (CIRCULE UNO) SI NO

ESCUELA ANTERIOR \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_

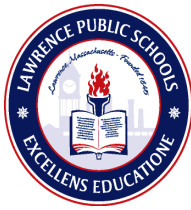
ENTIENDO QUE NECESITO COMPLETAR EL PROCESO DE MATRICULA, INCLUYENDO TODA LA INFORMACION REQUERIDA Y QUE TODA LA INFORMACION QUE YO HE PROVEIDO ES VERDADERA.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O ENCARGADO \_\_\_\_\_

HOLDING SCHOOL \_\_\_\_\_ GRADE \_\_\_\_\_ PROGRAM CODE \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

SCHOOL ASSIGNMENT \_\_\_\_\_ EFFECTIVE DATE \_\_\_\_\_

ENTERED INTO COMPUTER BY: \_\_\_\_\_ IMMUNIZATIONS OK \_\_\_\_\_  
NAME INITIALS OF SCHOOL NURSE WHEN COMPLETE



**LAWRENCE PUBLIC SCHOOLS**  
**EMERGENCY PROCEDURE**

Child's Name: \_\_\_\_\_  
Last First Middle

Address: \_\_\_\_\_

***IN CASE OF EMERGENCY, ILLNESS OR ACCIDENT TO THE ABOVE NAMED STUDENT, A SCHOOL REPRESENTATIVE IS AUTHORIZED TO CONTACT:***

**MOTHER/FEMALE GUARDIAN:**

Name: \_\_\_\_\_ Daytime telephone: \_\_\_\_\_

Place of Employment: \_\_\_\_\_

Occupation/Title/Department: \_\_\_\_\_

**FATHER/MALE GUARDIAN:**

Name: \_\_\_\_\_ Daytime telephone: \_\_\_\_\_

Place of Employment: \_\_\_\_\_

Occupation/Title/Department: \_\_\_\_\_

***PLEASE NAME 2 OTHER PEOPLE WHO CAN ASSUME RESPONSIBILITY FOR THE CHILD IN THE EVENT THAT NEITHER MOTHER NOR FATHER CAN BE CONTACTED.***

**EMERGENCY CONTACT**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

***IF ANY OF THE ABOVE INFORMATION CHANGES PLEASE CONTACT YOUR CHILD'S SCHOOL IMMEDIATELY!***

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_





**LAWRENCE PUBLIC SCHOOLS**  
**STUDENT HEALTH QUESTIONNAIRE PK-K**

Student's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

Parent's Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Physician's Name: \_\_\_\_\_ Dentist's Name: \_\_\_\_\_

Physician's Address: \_\_\_\_\_ Dentist's Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Health Insurance: YES \_\_\_ NO \_\_\_ If "YES" please specify: \_\_\_\_\_

1. When did your child last see a medical doctor/why? \_\_\_\_\_ 2. Dentist? \_\_\_\_\_

3. Does/Has your child have/had disease(s) that affects the function of the eye, ear, heart, kidney, muscles, lungs, or immune system? YES \_\_\_ NO \_\_\_ if "YES" explain: \_\_\_\_\_

4. List any operations, fractures, sprains, or bone dislocations. \_\_\_\_\_

5. Please indicate age at which age your child accomplished the following: Sitting \_\_\_\_\_ Walking \_\_\_\_\_  
 Simple Words \_\_\_\_\_ Sentences \_\_\_\_\_ Toilet Training \_\_\_\_\_ Dressing Self \_\_\_\_\_ Feeding Self \_\_\_\_\_

6. Has your child ever had any of the following? Please circle Y for YES and N for NO.

- |   |   |   |                                    |   |   |
|---|---|---|------------------------------------|---|---|
| a. Allergies (food, insects ,drugs, latex)  | Y | N | m. Diabetes                        | Y | N |
| b. Allergies (seasonal)                     | Y | N | n. Head or spine injury            | Y | N |
| c. Asthma or breathing problems             | Y | N | o. Hearing problems or deafness    | Y | N |
| d. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder | Y | N | p. Heart problems                  | Y | N |
| e. Behavioral problems                      | Y | N | q. Hospitalizations                | Y | N |
| f. Developmental problems                   | Y | N | r. Lead Poisoning                  | Y | N |
| g. Bladder problems                         | Y | N | s. Muscle Problems                 | Y | N |
| h. Bleeding problem                         | Y | N | t. Seizures                        | Y | N |
| i. Bowel problem                            | Y | N | u. Sickle Cell Disease (not trait) | Y | N |
| j. Cerebral Palsy                           | Y | N | v. Speech Problems                 | Y | N |
| k. Cystic fibrosis                          | Y | N | w. Surgery                         | Y | N |
| l. Dental problems                          | Y | N | x. Vision problems                 | Y | N |

Does your child have any Psychological or Mental Health Problems? \_\_\_\_\_ Y N

Please explain any of the "YES" answers to the above questions: \_\_\_\_\_

Please list Allergies: \_\_\_\_\_ EpiPen prescribed? YES \_\_\_ NO \_\_\_

7. Describe any other important health-related information about your child (i.e., feeding tube, oxygen support, hearing aid, etc.): \_\_\_\_\_

8. Has your child ever had chicken pox? YES \_\_\_ NO \_\_\_ When? \_\_\_\_\_

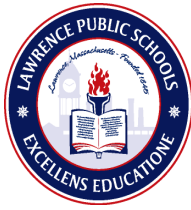
9. List all prescriptions your child takes: \_\_\_\_\_

10. Does your child wear glasses? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

11. Is your child able to participate in the school's regular program of physical activities? YES \_\_\_ NO \_\_\_

If "NO" please explain \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



## ESCUELAS PÚBLICAS DE LAWRENCE

### QUESTIONARIO DE SALUD PK-K

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_ Telef. Cel.: \_\_\_\_\_  
Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Nombre del dentista: \_\_\_\_\_  
Dirección del médico: \_\_\_\_\_ Dirección del dentista: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico? Si No Especifique: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo fue la última vez que su niño/a visitó a un médico/porqué? \_\_\_\_\_ 2. ¿Dentista? \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene su niño/a o tuvo alguna enfermedad que afecte la función del ojo, oído, corazón, riñón, músculos, pulmones o el sistema inmune? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si es "sí" por favor explicar: \_\_\_\_\_

4. Detalle las operaciones, fractura, torcedura o descolocación de hueso: \_\_\_\_\_

5. Indique a qué edad su niño/a logro lo siguiente: Sentarse \_\_\_\_\_ Caminar \_\_\_\_\_ Palabras Sencillas \_\_\_\_\_

Decir oraciones \_\_\_\_\_ Húsar el baño \_\_\_\_\_ Vestirse solo/a \_\_\_\_\_ Comer solo/a \_\_\_\_\_

6. ¿Su niño/a ha tenido alguno de los siguientes? Por favor circule "S" para si y "N" para no.

- |   |   |   |  |   |   |
|---|---|---|--|---|---|
| a. Alergias (comida, insecto, droga, látex)         | S | N | m. Diabetes  | S | N |
| b. Alergia (estacionales)                           | S | N | n. Lesión en la cabeza o en la columna vertical              | S | N |
| c. Asma o problemas respiratorios                   | S | N | o. Problemas de audición o sordera                           | S | N |
| d. Déficit de atención/ trastorno de hiperactividad | S | N | p. Problemas del corazón                                     | S | N |
| e. Problemas de conducta                            | S | N | q. Hospitalización   | S | N |
| f. Problemas de desarrollo                          | S | N | r. Envenenamiento de plomo                                   | S | N |
| g. Problemas de vejiga                              | S | N | s. Problemas de musculares                                   | S | N |
| h. Problemas de sangrado                            | S | N | t. Convulsiones  | S | N |
| i. Problemas intestinales                           | S | N | u. Enfermedad de células falciformes<br>(no características) | S | N |
| j. Parálisis Celebrar                               | S | N | v. Problemas de habla  | S | N |
| k. Fibrosis quística                                | S | N | w. Cirugía   | S | N |
| l. Problemas dentales                               | S | N | x. Problemas de visión                                       | S | N |

¿Tiene su niño/a problemas de salud psicológica o mental? \_\_\_\_\_ S N

Por favor de explicar las respuestas a las que respondió "Si": \_\_\_\_\_

Por favor listar Alergias: \_\_\_\_\_ ¿Epipen recetada? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

7. Describir cualquier otra cosa o información importante relacionada a la salud de su niño/a (es decir, alimentación por tubo, apoyo de oxígeno, aparato del oído) \_\_\_\_\_

8. ¿Su niño/a ha tenido alguna vez varicela? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ cuando? \_\_\_\_\_

9. Lista todas las recetas que su niño/a toma: \_\_\_\_\_

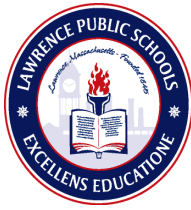
10. ¿Usa su niño/a anteojos o lentes de contactos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

11. ¿Su niño/a es capaz de participar en un programa normal de actividades físicas de la escuela? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si "NO" por favor de explicar \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre o tutor



**LAWRENCE PUBLIC SCHOOLS**

**RACIAL CODE SURVEY**

School: \_\_\_\_\_

Student's name: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Please answer **BOTH** questions 1 and 2. (Mark an "X" next to the response that best describes your son/daughter.)

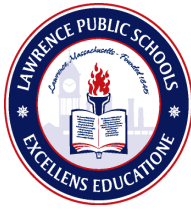
1. Is this child Hispanic or Latino? (*choose only one*)

- No, not Hispanic or Latino
- Yes, Hispanic or Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, Dominican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.) My child's Hispanic ethnic group is: \_\_\_\_\_

2. What is the child's race? (*choose all that apply*)

- White (A person having origins in any of the peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.)
- Black or African American (A person having origins in any of the black racial groups of Africa.)
- Asian (A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian Subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.)
- Alaska Native or American Indian (A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.)
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander (A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.)

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**ESCUELAS PÚBLICAS DE LAWRENCE**  
**ENCUESTA DEL CODIGO RACIAL**

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Favor de contestar **Ambas** preguntas 1 y 2. (Marcar con una “X” al lado de la respuesta que mejor describe a su hijo/a.)

1. Es el niño/a Hispano o Latino? (*escoger solamente una*)

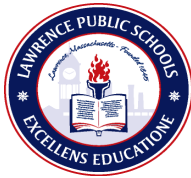
- No, no es Hispano o Latino
- Si, Hispano o Latino (Una persona Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Dominicano, Sureño o de América Central, o de otra cultura en Español de origen no importa la raza.) Mi hijo/a es Hispano del grupo étnico de:  
\_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es la raza del niño? (*escoger todos los que aplican*)

- Blanco (Una persona los orígenes que tienen en cualquiera de las gente de Europa, el Medio Oriente o África del Norte.)
- Negro o Afroamericano (Una persona los orígenes que tienen en cualquiera de los grupos raciales negros de África.)
- Asiático (Una persona los orígenes que tienen en cualquiera de las gente originales del Lejano Oriente, Asia del Sudeste, o el Subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnamita.)
- Nativo de Alaska o Indio Americano (Una persona los orígenes que tienen en cualquiera de las gente originales del Norte y Sudamericano (incluyendo América Central), o quién mantiene afiliación tribal o enlace con la comunidad.)
- Nativo Hawaiano u otro Isleño Pacífico (Una persona los orígenes que tienen en cualquiera de las gente originales de Hawái, Guam, Samoa, o de otras Islas Pacíficas.)

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**LAWRENCE PUBLIC SCHOOLS**

**AUTHORIZATION FOR EXCHANGE OF HEALTH AND EDUCATION INFORMATION**

Patient / Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

I hereby authorize \_\_\_\_\_ (health care provider and name)  
and \_\_\_\_\_ (name and title of school official) to exchange  
health and education information/records for the purpose listed below.

\_\_\_\_\_ (address & telephone of school/school district)

\_\_\_\_\_ ( address & telephone number of healthcare provider)

**Description:**

**The health information to be disclosed consists of:**

**The education information to be disclosed consists of:**

**Purpose: This information will be used for the following purpose (s):**

1. Educational evaluation and program planning
  2. Health assessment and planning for health care services and treatment in school.
  3. Medical evaluation and treatment
  4. Other: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Authorization**

**This authorization is valid for one calendar year. It will expire on \_\_\_\_\_ (date). I understand that I may revoke this authorization at any time by submitting written notice of the withdrawal of my consent. I recognize that health records, once received by the school district, may not be protected by the HIPAA Privacy Rule, but will become education records protected by the Family Educational Rights to Privacy Act. I also understand that if I refuse to sign, such refusal will not interfere with my child’s ability to obtain health care.**

\_\_\_\_\_  
Parent Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Student Signature\*

\_\_\_\_\_  
Date

\*If a minor student is authorized to consent to healthcare without parental consent under federal or state law, only the student shall sign the authorization form. A competent minor depending in age can consent to outpatient mental health care, alcohol and drug abuse treatment, testing for HIV/AIDS, and reproductive health care services.

**Copies: Parent or Student\***

- Physician or other healthcare provider releasing protected health information
- School official requesting/receiving the protected information



## ESCUELAS PÚBLICAS DE LAWRENCE

### AUTORIZACION PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN MÉDICA Y EDUCATIVA

Nombre del Paciente/Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ (Nombre del proveedor de cuidado médico)

y \_\_\_\_\_ (nombre y título del oficial escolar) para intercambiar información / récords médicos y educativos con el propósito abajo indicado.

\_\_\_\_\_ (dirección y teléfono de la escuela/distrito escolar)

\_\_\_\_\_ (dirección y teléfono del proveedor médico)

#### Descripción:

**La información médica a revelarse consistirá en:**

**La información educativa a revelarse consistirá en:**

**Propósito: Esta información será usada con el siguiente propósito(s):**

1. Evaluación educativa y planificación del programa
2. Evaluación médica y planificación para servicios médicos y tratamiento en la escuela.
3. Evaluación y tratamiento médico.
4. Otro:

#### Autorización

Esta autorización es válida por un año escolar. Expira en \_\_\_\_\_ (fecha). Yo entiendo que yo puedo cancelar esta autorización en cualquier momento sometiendo por escrito el retiro de mi consentimiento. Reconozco que estos récords, una vez recibidos por el distrito escolar, no podrían estar amparados por el Reglamento de Privacidad HIPAA, pero se convertirán en récords educativos amparados por el Acta de Derecho Educativo Familiar y de Privacidad. También entiendo que si yo rehúso firmar, tal rechazo no interferirá para que mi hijo /a obtenga cuidado médico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Si un estudiante menor de edad es autorizado a recibir cuidado médico sin el consentimiento del padre bajo las leyes federal o estatal, solamente el estudiante podrá firmar este formulario de autorización. Un menor apto, dependiendo de la edad, puede dar su consentimiento para recibir cuidado de salud mental, tratamiento de alcoholismo y abuso de drogas, pruebas de HIV / SIDA, y servicios de salud reproductiva.

Copias: Padre o estudiante\*

Doctor u otro proveedor de cuidado médico que divulgue información de salud amparada  
Oficial escolar solicitando / recibiendo la información amparada.