



JUNTA DIRECTIVA ESCOLAR DEL CONDADO DE PASCO
Oficina de Relaciones Humanas
Autorización para Compartir Información Médica

MIS Form #204 Sp.
Rev. 8/17

Fecha: _____

Nombre de la persona solicitando acomodaciones bajo ADA:

Nombre: _____ Apellido: _____

Número de empleado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Localidad (Escuela/Departamento): _____

Posición: _____

Proveedor de servicios de salud:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Solamente en relación a una petición para acomodaciones bajo la ley para Americanos con Discapacidades (ADA-- Americans with Disabilities Act), autorizo a que mi proveedor de servicios de salud presente la información completa y correcta en relación a mi condición médica diagnosticada al Jefe del Departamento de Equidad en el Trabajo del Distrito Escolar del Condado de Pasco. Mi firma también autoriza a mi proveedor de servicios de salud a que se comuniquen con el Jefe de Equidad en el Trabajo, ya bien sea por escrito como verbalmente, en relación a mi petición para acomodaciones razonables.

Firma: _____