

## Parental Consent and Liability Release

I am the parent or legal guardian authorized to act on behalf of my child

\_\_\_\_\_ (child's name).

I understand that the Tulsa Health Department's "It's All About Kids" program offers a variety of services, resources and referrals.

I understand that the following services may be provided:

- Community Resource Information, Nurse Consultant and Registered Dietitian Services.

I also understand the following:

- Some of my personal information – name, address, phone number – may be collected from the school and myself.
- Some of my personal needs – food, utility, housing, etc. – may be collected from the school, my child and myself.
- Some of my child's information (name, date of birth, health insurance status, and health issues) may be collected from me, my child's school and my child's physician, including the primary care doctor and any/all specialists.
- The Tulsa City-County Health Department may keep that information.
- All information will stay confidential and be used only for implementing and evaluating the IAK program.
- I can cancel this consent at any time by notifying the Tulsa City-County Health Department verbally or in writing.
- My cancellation will not affect any actions taken by the Tulsa City-County Health Department before receiving my cancellation.
- This consent shall be valid for one-year from the date signed unless I cancel it earlier.

I hereby consent to my child's and my family's participation in the IAK program. I release the Tulsa City-County Health Department and the Public Schools from any and all liability in connection with this participation. I have carefully read this Parental Consent and Liability Release and understand its contents.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name Printed

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## **Autorización y consentimiento del Padre**

Yo soy el padre, madre o tutor legal autorizado para actuar en nombre de mi hijo

\_\_\_\_\_ (nombre del niño).

Entiendo que el Departamento de Salud de Tulsa "*It's All About Kids*" programa ofrece una variedad de servicios, recursos y referencias.

Comprendo que los servicios siguientes quizás sean ofrecidos:

- Información de Recursos Comunitarios, la enfermera y la Certificado Dietista.

También me entender:

- Algunos de mis datos personales: nombre, dirección, número de teléfono, se podrán recoger en el colegio y yo.
- Algunas de mis necesidades personales - los alimentos, los servicios públicos, vivienda, etc. - se podrán recoger en la escuela, mi hijo y yo.
- Algunos de mi hijo (nombre, fecha de nacimiento, situación de seguro médico, y problemas de salud) se podrán recoger en el niño, me escuela de mi hijo y mi médico del niño, incluyendo el médico de atención primaria y los especialistas.
- El Departamento de Salud de Tulsa puede mantener esa información.
- Toda la información se mantendrá confidencial y sólo se utilizarán para la ejecución y evaluación del programa.
- Puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación a el Departamento de Salud de Tulsa verbalmente o por escrito.
- Mi cancelación no afectará a ninguna de las medidas adoptadas por el Departamento de Salud de Tulsa antes de recibir mi cancelación.
- Esta autorización será válida por un año a partir de la fecha de la firma a menos que lo cancele antes.

Otorgo mi consentimiento a mi hijo y a mi familia de IAK participación en el programa. ME suelte el Tulsa City-County Departamento de Salud y las Escuelas Públicas de cualquier responsabilidad en relación con esta participación. He leído detenidamente este consentimiento paterno y exoneración de responsabilidad y entender su contenido.

\_\_\_\_\_  
El Nombre del Padres/Guardiáns Imprimió

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre

\_\_\_\_\_  
Fecha