



Division of Special Education and Special Services  
Health Services Department

**CONFIDENTIALITY STATEMENT FOR  
HEALTH SERVICES VOLUNTEER YEAR \_\_\_\_\_**

I understand that all information which I have access to as a school health services volunteer is confidential. This confidentiality applies to **ALL** student information, including emergency card information and health information in written, oral or electronic form.

I agree not to discuss any confidential information, including but not limited to, any descriptions of situations as well as names of students and/or faculty / staff. I also understand that when I am no longer a volunteer in the district health services program, confidential information I have learned as a volunteer in this program must continue to be kept confidential.

I understand and agree to comply with the conditions stated in this form.

_____	_____
Signature of Volunteer	Date
_____	_____
Address	Telephone
Received By: _____	_____
School Nurse	Date
Principal Signature: _____	_____
	Date

*This form may be used for school courtesies at the discretion of the school nurse / principal. Nurse will retain form in Volunteer File and renew annually.*

---

Yo entiendo que todo la informacion a la cual voy a tener acceso como voluntario(a) de Servicios de Salud es confidencial. Esta confianza se refiere a **TODA** informacion de los estudiantes, incluyendo informacion en la tarjeta de emergencia y informacion de salud escrita, oral o en forma electronica.

Yo estoy de acuerdo a no discutir ninguna informacion confidencial, incluyendo pero no limitada a cualquier tipo de situaciones y tambien nombres de estudiantes y/o facultad / personal. Tambien entiendo que cuando ya no sea voluntario(a) en el programa de los Servicios de Salud del distrito, informacion confidencial que he aprendido como voluntario(a) en este programa debe de permanecer confidencial.

Yo entiendo y estoy de acuerdo a obedecer las condiciones declaradas en esta forma.

_____	_____
Firma del Voluntario(a)	Fecha
_____	_____
Direccion	Telefono
Recibido Por: _____	_____
Enfermera Escolar	Fecha

*Esta forma pueda ser usada por estudiantes de cortesia de la escuela a la dicreccion de enfermera /director. La enfermera mantendrá la forma en el archivo voluntario y la renovará anualmente.*