

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE FORT WORTH
Departamento de Servicios de Salud
Formulario de autorización para procedimientos de cuidado médico especializado
Solicitud del médico para servicios de salud en la escuela

El personal del Departamento de Servicios de Salud del Distrito Escolar Independiente de Fort Worth, u otros empleados designados, proporcionará procedimientos de cuidado médico especializado cuando sean requeridos para que los estudiantes permanezcan en la escuela. La enfermera de la escuela coordinará todos los procedimientos en el edificio (s).

El formulario de autorización de procedimientos de cuidado médico especializado debe ser llenado cada año escolar para todos los procedimientos de cuidado médico especializado proporcionado en la escuela. Debe incluir la firma del médico/persona autorizada para recetar y la firma del padre/guardián.

Nombre de la escuela: _____ **Año escolar** _____

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento** _____

En base a mi evaluación como médico/persona autorizada, el estudiante antes mencionado requiere el siguiente servicio(s) de cuidado médico para ser educado en la escuela:

Nombre del procedimiento(s): _____

Efectivo de: _____ **a** _____

Condición física por la cual el procedimiento se va a realizar: _____

Horas programadas e indicación del procedimiento: _____

Instrucciones del médico: _____

Precauciones, reacciones posibles: _____

Circunstancias en las que el médico debe ser contactado: _____

La siguiente persona(s), designada por el director, puede ser entrenada por la enfermera de la escuela para realizar los procedimientos listados: Asistente de salud, maestro, ayudante, secretaria/oficinista, y/u otro.

Nombre del médico (impreso) _____ **Firma** _____

Fecha _____ **Dirección** _____ **Tel:** _____ **Fax** _____

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE FORT WORTH
Departamento de Servicios de Salud
Servicios de cuidados médicos proporcionados en la escuela
Solicitud de los padres para servicios de salud en la escuela

Yo, (nosotros) abajo firmantes, padres/guardianes
de _____

Fecha de nacimiento _____ solicito que el siguiente servicio(s)
de cuidado médico especializado sea administrado a nuestro hijo/a durante las horas de
escuela:

Nombre del procedimiento(s)

Yo (nosotros) liberamos de toda responsabilidad a aquellas personas designadas por nuestro
médico/persona autorizada para realizar el servicio.

Yo (nosotros) entendemos que cuando sea posible el servicio de cuidado médico especializado
deberá ser proporcionado antes o después de las horas de escuela.

Yo (nosotros) damos permiso para que la enfermera consulte con el médico/persona autorizada
del estudiante antes mencionado sobre cualquier pregunta que surja respecto al
procedimiento(s) indicado o condición(es) médica que está siendo tratada.

Yo (nosotros) notificaremos a la escuela inmediatamente si el estado de salud de mi/nuestro hij/a
cambia, si cambiamos de doctores/personas autorizadas, o si se cambia o cancela el
procedimiento.

Firma de los padres/guardianes

Fecha: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

*Nota: Esta solicitud se debe volver a presentar cada año escolar. El equipo y materiales médicos
proporcionados por la familia para los procedimientos de cuidado médico especializado serán
enviados a casa para ser limpiados a fondo y/o reemplazados cuando sea necesario.*