# SOLICITUD DE ATENCIÓN ESPECIAL DE ENFERMERÍA/TRATAMIENTO MÉDICO

# Distrito Escolar de Bethel

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:

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

Solicito que el personal del Distrito Escolar de Bethel realice el siguiente servicio para mi estudiante. Tengo entendido que este servicio puede ser realizado por personal no médico. Se considera absolutamente necesario que este procedimiento se realice durante el horario escolar para que mi estudiante pueda permanecer en la escuela.

He obtenido instrucciones detalladas por escrito del proveedor de atención médica que se indica a continuación y que recomendó este servicio. Tiene mi permiso para comunicarse libremente con este proveedor de salud con el fin de hacer los arreglos para el cuidado y la supervisión de mi estudiante. Entiendo que el servicio no se iniciará hasta que las órdenes de este proveedor de salud estén archivadas en la escuela de mi estudiante y se haya completado la capacitación adecuada del personal.

Firma del padre Fecha

Número de teléfono Dirección

**ORDENES DEL PROVEEDOR DE SALUD**

Nombre del proveedor de salud (letra imprenta) Firma del proveedor de salud

Fecha Teléfono

Dirección

Para que este estudiante pueda asistir a la escuela, es absolutamente necesario que los siguientes servicios se realicen durante el horario escolar. (Incluir instrucciones específicas).

(Rev. 5/23/13)

516 176th St E • Spanaway, WA 98387 • 253-683-6000

Se recomienda un equipo o entorno especial:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que los servicios no se iniciarán hasta que estas órdenes estén archivadas en la escuela del estudiante y se haya completado la formación adecuada del personal. Si es necesario, estoy dispuesto a participar en un entrenamiento específico. Entiendo que los padres del estudiante proporcionarán todos los suministros y equipos necesarios para realizar este servicio. Entiendo que esta solicitud no será válida por un período mayor de un año o más allá del final del año escolar actual, lo que ocurra primero.

**Duración del Periodo**

Desde: Hasta: I

Entiendo que el personal de la escuela me puede llamar con respecto a las recomendaciones anteriores y que yo seré responsable de monitorear el estado de salud de este paciente.

(Rev. 5/23/13)