



## PETICION PAR TRATAMIENTO DURANTE HORAS ESCOLARES

Nombre y Apellido del Alumno \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Etiologia \_\_\_\_\_

Fecha de Principio \_\_\_\_\_

Prognosis \_\_\_\_\_

Procedimiento \_\_\_\_\_

Frecuencia \_\_\_\_\_

Precauciones, posibles reacciones desfavorables, intervenciones \_\_\_\_\_

Cualquier otra historia pertinente o descubrimientos fisicos que puedan afectar este procedimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Guardian Legal o Persona  
Responsable para El Cuidado del  
Alumno

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma el Medico (if required)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Numero de Telefono de Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Numero de Telefono del Medico

**N.B. LLENE USTED UNA FORMA NUEVA PARA CADO PROCEDIMIENTO**