

School _____ School Year _____ Fax _____

Student Name _____ DOB _____

*This form **must be renewed annually**, and if there are any changes in treatment during the school year.*

Physician

Name/Description of Specialized Health Care Procedure: _____

Time(s) to be performed at school: _____ Daily PRN If PRN, frequency: _____

If PRN, for what symptoms: _____

Procedure shall be administered from: _____ to _____ or Remainder of school year

Precautions, potential complications & needed actions: _____

My signature below provides authorization for the above orders. All procedures will be implemented in accordance with states laws and regulations. Specialized physical health care services may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided by the school nurse. If changes are indicated, I will provide new written authorization.

Physician Signature

Date

Phone

Fax

Clinic Stamp

Padre/Tutor

Solicito que se administre a mi hijo el servicio de cuidado de salud especializado en la escuela según las indicaciones del proveedor de cuidado de salud arriba. Autorizo que el personal escolar ayude con este procedimiento de cuidado médico especializado para mi hijo como fue indicado por el proveedor de cuidado de salud arriba. Entiendo que personal no-médico, capacitado puede ayudar con, o administrar, el medicamento (Código Ed 49423 y 49480).

Autorizo la comunicación e intercambio de información entre el Distrito Escolar Unificado de Palo Alto (PAUSD, por sus siglas en inglés) y el proveedor de cuidado de salud nombrado arriba en relación a la declaración escrita del proveedor de cuidado de salud o cualquier otra pregunta sobre el medicamento o la administración del mismo.

Entiendo y acepto las siguientes responsabilidades en relación a procedimientos de cuidado de salud especializado:

1. Los padres proporcionarán los suministros y el equipo necesario.
2. Los padres notificarán a la escuela y proporcionarán una nueva autorización para cualquier cambio a la autorización arriba.
3. Cualquier cambio o modificación a las autorizaciones arriba únicamente podrán hacerse luego de recibir una notificación por escrito por parte del proveedor del cuidado de la salud.

Firma del Padre

Teléfono

Fecha

Health Services
25 Churchill Avenue
Palo Alto, CA 94306

Tel. 650-833-4240 | Fax 650-833-4226

