



## Plan de Atención Médica – Para declinar Servicios

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Condición médica:

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que el personal de la oficina de salud de la escuela de mi hijo me contactó sobre el estado de salud de mi hijo y, en este momento, NO creo que sea necesario tener un plan de atención médica en el archivo.

**Reconozco que es mi responsabilidad comunicarse con la oficina de salud y la escuela si este estado cambia en cualquier momento.**

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Marque aquí si lo completó por teléfono con los padres

Nombre de la persona que habló con los padres por teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la enfermera escolar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_