

Autorización del Médico para Tratamiento/Procedimiento(s)
Año Escolar 20__ - 20__

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____ Fecha de Nacimiento _____

TRATAMIENTO REQUERIDO

(DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

Este niño está bajo mi atención médica por _____
y se requiere que se le administren los siguientes tratamientos durante el horario escolar.

ORDEN DE TRATAMIENTO _____

EL ESTUDIANTE PUEDE REALIZAR EL/LOS PROCEDIMIENTO(S) INDEPENDIENTEMENTE **SÍ** **NO**

Comentarios: _____

(NOMBRE IMPRESO DEL MÉDICO)

(DIRECCIÓN DEL MÉDICO)

(NÚMERO DE TELÉFONO)/(NÚMERO DE FAX)

(FIRMA DEL MÉDICO)

Fecha _____

(PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O EL TUTOR LEGAL)

AUTORIZACIÓN: Por la presente se otorga permiso al Distrito Comunitario de Escuelas Secundarias 155 *para divulgar información y/o para obtener información* del individuo/organización como se identificó anteriormente con el fin del/los tratamiento(s) requerido(s). Al firmar este formulario, entiendo las siguientes disposiciones:

- a) No tengo obligación de firmar.
- b) La falta de firma significará que la información no será requerida o divulgada. Las consecuencias por negarse a divulgar esta información incluyen, pero no se limitan a, una falla por parte del destinatario de apreciar completamente, o estar al tanto del historial pertinente del cliente/estudiante en la planificación y proveer servicio/tratamiento.
- c) Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante un requerido por escrito (excepto por la información divulgada previamente).
- d) Tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información divulgada.
- e) Este formulario autoriza la divulgación de la información especificada dentro de un año a partir de la fecha de la firma.

Es responsabilidad de los padres proveer todos los suministros necesarios para realizar los tratamientos anteriores. El padre se compromete a notificar a la escuela por escrito si se interrumpe el tratamiento. Para la seguridad de su hijo, el Distrito Escolar reserva el derecho de rechazar el tratamiento si el cumplimiento de estas pautas no se siguen o se considera una condición insegura para su hijo.

He leído y entendido la póliza de tratamiento anterior.

Doy permiso para que mi hijo reciba los tratamientos anteriores por parte del personal escolar asignado según las indicaciones del médico.

Firma Autorizada/Tutor

Nombre Impreso

Fecha

Número de Teléfono

Número celular
