Distrito Escolar Independiente de Calallen

Nombre del Alumno _____ **Grado** _____

Padre de familia/Tutor:

A continuación detallamos un nuevo reglamento referente al consentimiento para que podamos contactar al proveedor médico de su hijo de ser necesario, a fin de proveer los mejores servicios escolares relacionados con la salud. Para comenzar o seguir proporcionando a su hijo este servicio, debemos tener este consentimiento en los expedientes. El reglamento aparece a continuación. Favor de firmar y regresar este documento a la enfermera escolar, para poder ofrecer a su hijo continuidad en el cuidado.

Reglamento

Consentimiento para comunicarse con el profesional médico o proveedor de cuidados médicos:

"Debe obtenerse consentimiento por escrito del padre/tutor del alumno, que permite al representante del Distrito, incluyendo los profesionales médicos del Distrito, compartir con el profesional médico o proveedor de cuidados de salud identificado por el padre/tutor, a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la administración de servicios escolares relacionados con la salud, entre ellos: atención de urgencia, cuidado para cualquier diagnóstico, tratamientos médicos según lo desglosado en el IHP del alumno, su PLAN 504, IEP o algún otro formulario de CISD en que el cual se solicitan servicios de cuidado de la salud. No se proveerá al alumno los servicios escolares relacionados a la salud sin el consentimiento del padre de familia/tutor, según se explican aquí."

Consentimiento

Doy consentimiento para que el representante del Distrito, incluyendo los profesionales médicos del Distrito compartan con el profesional médico o proveedor de salud identificado anteriormente, u obtengan de dicha persona, los datos relacionados a la salud de mi alumno a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la administración de servicios escolares relacionados con la salud, entre ellos: atención de urgencia, cuidado para cualquier diagnóstico, tratamientos médicos según lo desglosado en el IHP del alumno, su PLAN 504, IEP o algún otro formulario de CISD en que el cual se solicitan servicios de cuidado de la salud. Entiendo que no se proveerán a mi alumno los servicios escolares relacionados con la salud sin mi consentimiento requerido, como se explica aquí.

Gracias.

Padre de familia/Tutor:

Nombre (letra de molde) _____

Firma _____ Fecha: _____

Correo electrónico _____ Núm. Teléfono/Celular _____

Datos del proveedor:

Proveer médico del alumno _____ Teléfono _____

Proveer médico del alumno _____ Teléfono _____

Proveer médico del alumno _____ Teléfono _____