



Robertson County Schools Parent/Guardian Consent for School Health Services

Estimado Padre/Tutor,

De acuerdo con la Ley de Derechos y Responsabilidades de las Familias, Capítulo Público No. 1061, para que un estudiante reciba servicios de atención médica de una enfermera escolar u otras personas que actúen en nombre del sistema escolar, un padre/tutor debe proporcionar su consentimiento por escrito.

Nombre del Estudiante _____ FDN _____

____ **SI** _____ **NO** Mi estudiante tiene permiso para ver a la enfermera de la escuela u otras personas que actúen en nombre del sistema escolar para servicios de salud básicos, incluida la tratamiento de enfermedades (dolor de cabeza, dolor abdominal, vómitos, fiebre, etc.), lesiones y/u otra atención no urgente.

Si NO da su consentimiento para que su hijo reciba servicios básicos de atención médica, deberá asegurarse de poder llegar a la escuela dentro de los 30 minutos de la notificación para el tratamiento de cualquier enfermedad o lesión de su estudiante. Si no llega dentro de los 30 minutos, es posible que se llame al servicio médico de urgencia

Nombre del Padre/Tutor (letra de molde) _____

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a esta información, comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud de las Escuelas del Condado de Robertson.

Tel. 615-382-3606

Amber Savell, Supervisora amber.savell@rcstn.net

Ashley Horton, Coordinadora ashley.horton@rcstn.net

Amber Roach, Asistente Administrativo amber.roach@rcstn.net

****This form must be returned to the school nurse once parent signature is obtained****