

ESCUELAS DEL CONDADO DE BULLOCH
Plan Médico de Cuidado de Salud

ESTUDIANTE: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad _____ Georgia CODIGO POSTAL: _____

ESCUELA: _____ S.S.# _____

☐ Mi hijo está recibiendo educación especial. ☐ Servicios enfermería está en el IEP ☐ Mi hijo tiene un plan 504 o de salud

PADRE(S)/TUTOR(ES): _____ N.º DE TELÉFONO: _____

Como padre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, autorizo y doy permiso expresamente a las Escuelas del Condado de Bulloch para que la persona designada administre el medicamento/tratamiento recetado a mi hijo. Acepto que el sistema escolar y sus empleados no serán responsables, y serán indemnizados y exentos de toda responsabilidad por cualquier enfermedad o daño a cualquier persona o propiedad que pueda resultar del almacenamiento de medicamentos, de darle a mi hijo medicamentos/tratamiento, o por no darle a mi hijo medicamentos/tratamiento.

Mi hijo es elegible para MEDICAID O PEACHCARE SÍ/NO. Número de miembro del plan _____

Entiendo que el sistema escolar puede solicitar a Medicaid o PeachCare un reembolso parcial por la administración de este medicamento o procedimiento. Deseo que el sistema escolar reciba este pago de Medicaid o PeachCare.

He leído este formulario y entiendo mi responsabilidad hacia la escuela, la cual acepta ayudarme en este asunto de medicar/tratar a mi hijo en la escuela. Puedo cambiar/retirar el permiso por escrito en cualquier momento notificando al Director Ejecutivo de Educación Especial:

Servicios y apoyos de educación especial
150 Williams Road, Suite A
Statesboro, Georgia 30458.

El abajo firmante autoriza al médico que prescribe que se menciona a continuación a divulgar cualquier información a la Junta Escolar o su designado con respecto al medicamento/tratamiento que se administrará. Yo, el abajo firmante, autorizo a las Escuelas del Condado de Bulloch a divulgar la información pertinente al médico.

Firma del padre / tutor

Fecha

Please complete ALL items

And return to the school as expeditiously as possible.

The following medication/treatment as listed should be dispensed at school as indicated:

Medication/Treatment: _____

Diagnosis: _____

GOAL OF THIS REGIMEN OF MED. /Treat. ☐ Improve Attention Span ☐ Reduce Impulsiveness ☐ Improve School Performance ☐ Control Blood Sugar Level ☐ Control Seizure Activity ☐ Prevent Respiratory Distress ☐ Other please specify:

Rehabilitative Potential: _____

DURATION OF Medication /Treatment: ☐ SCHOOL TERM ☐ Indefinitely

☐ OTHER _____

TIME Medication /Treatment is to be given at school: ☐ 7:30 am - 8:30 am ☐ 11:00 am - 12:30 pm ☐ PRN

☐ Other information/ medication to note: _____

Physician's Signature

DATE

Please Print Physician's Name

Physician's PHONE

ADDRESS
