

ESCUELAS PUBLICAS DE PENNSAUKEN
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESPECIALES

PERMISO PARA SERVICIOS DE SALUD

Por la presente doy permiso a mi hijo/hija, _____, para recibir la siguiente atencion medica como parte del programa de servicios de salud escolar en las Escuelas Publicas de Pennsauken:

1. Una prueba de tuberculosis Mantoux subcutanea (bajo la piel) para los estudiantes a quienes se les especifique asi como lo manda el Departamento de Salud y Servicios a la vejez.
2. Pruebas de vista, audicion, estatura y peso de acuerdo con las Guias para Servicios de Salud en las Escuelas de Nueva Jersey.

Una prueba de escoliosis provista por un/a enfermera o profesionales adiestrados. En Nueva Jersey se les requiere este examen cada otro ano a todos los estudiantes entre los 10 a 18 anos de edad.

Entiendo que la enfermera escolar me notificara se se le identifica algun problema como resultado de estas pruebas.

Doy permiso par que mi hijo/a sea llevado al Hospital _____ para que sea tratado en caso de una emergencia, si no se me puede conseguir.

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

Direccion: _____

Telfono: (casa) _____ (cell) _____

(trabajo) _____

(contacto de emergencia) _____