

Escuelas de Pickerington

## Solicitud de servicios especializados de atención médica: autorización del padre o la madre

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

Yo, el padre, la madre, el tutor o el custodio abajo firmante del alumno mencionado anteriormente, solicito que el servicio especializado de atención médica o atención de emergencia que se describe en el formulario adjunto, **Solicitud de servicios especializados de atención médica: autorización del médico**, y el procedimiento adjunto aprobado por el médico (de aquí en adelante, denominados colectivamente "Autorización del médico") se proporcionen a nuestro hijo. Además, por la presente, informo a la Junta Educativa de Escuelas de Pickerington (Pickerington Schools) que mi hijo tiene una afección que necesita, durante horas o actividades escolares, la atención médica o el servicio de emergencia que se describe en la Autorización del médico adjunta.

Acuerdo proporcionarle al personal del distrito escolar todos los fármacos, equipos y suministros necesarios. Acuerdo notificar de inmediato a la dirección o a la persona designada si se produce cualquier cambio en los procedimientos o la atención adjuntos, en el médico autorizador de mi hijo o en la información que contiene la Autorización del médico adjunta.

Autorizo al personal escolar que designe la dirección a proporcionar la atención médica o de emergencia adjunta aprobada por el médico. Comprendo que la atención médica o de emergencia se proporcionará mediante un personal capacitado adecuadamente y que, a menos que se indique lo contrario, los miembros de dicho personal no son profesionales de la salud capacitados. La capacitación del personal para proporcionar la atención médica o de emergencia se limita a la que impartió la enfermería escolar como se describe en el módulo de enseñanza, del cual he recibido una copia.

Al firmar esta autorización, acuerdo eximir a la Junta Educativa del distrito Escuelas de Pickerington, así como a sus empleados, miembros de la junta, agentes y representantes, de toda responsabilidad de daños o lesiones que se originen directa o indirectamente por esta autorización y por proporcionar la atención médica o de emergencia especializada que se describe en la Autorización del médico adjunta.

### Autorización del padre o la madre:

Firma del padre, la madre, el tutor o el custodio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_