

Escuelas de Pickerington

Solicitud de servicios especializados de atención médica: autorización del médico

Estimado médico:

Su paciente, _____, que reside en _____

y nació el _____, asiste a Escuelas de Pickerington (Pickerington Schools).

El padre, la madre o el tutor de este alumno solicita que se proporcionen procedimientos de atención médica específicos mientras el alumno está en la escuela. Solicitamos su asistencia para identificar la información y los servicios de salud que deben proporcionarse en el entorno escolar. Esperamos trabajar con usted para proporcionar una experiencia educativa adecuada y segura para su paciente.

Procedimiento:

- He revisado y aprobado el procedimiento adjunto como está escrito.
- He revisado y aprobado el procedimiento adjunto con mi modificación por escrito.
- Contáctese conmigo para analizar este asunto antes de revisar o aprobar cualquier procedimiento.

Otras recomendaciones:

Incluya la hora, el programa, la duración del tratamiento, cualquier precaución especial o reacción posible y las intervenciones.

Autorización del médico:

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____