

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE FORT WORTH

Departamento de Servicios de Salud

Formulario de Autorización para Procedimientos de Cuidado Médico Especializado
Solicitud del Médico para Servicios de Salud en la Escuela

El personal del Departamento de Servicios de Salud del Distrito Escolar Independiente de Fort Worth, u otros empleados designados, proporcionará procedimientos de cuidado médico especializado cuando sean requeridos para que los estudiantes permanezcan en la escuela. La enfermera de la escuela coordinará todos los procedimientos en el edificio(s). El formulario de autorización de procedimientos de cuidado médico especializado debe ser llenado cada año escolar para todos los procedimientos de cuidado médico especializado proporcionado en la escuela. Debe incluir la firma del médico/persona autorizada para recetar y la firma del padre/guardián/

School Name: _____ **School Year** _____

Name of Student: _____ **DOB** _____

Based on my evaluation as a physician/licensed prescriber, the above named student requires the following health care service(s) in order to be educated at school:

Name of Procedure(s) (Please include name and dosage of medication, if appropriate): _____

Effective from: _____ through: _____

Physical condition for which procedure is to be performed: _____

Times scheduled and indication for procedure: _____

Physician's Directions: _____

Precautions, possible reactions: _____

Circumstances in which the physician should be contacted: _____

The following person(s), as designated by the principal, may be trained by the school nurse to perform the above listed procedures: Health Assistant, Teacher, Aide, Secretary/Clerk, and/or other.

Physician's Name (Print) _____ Signature: _____

Date: _____ Address: _____

Telephone: _____ Fax: _____

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE FORT WORTH
Departamento de Servicios de Salud

Solicitud de los padres para servicios de salud en la escuela

Yo, abajo firmantes, padre/guardián de _____

Fecha de nacimiento _____ solicito que el siguiente servicio(s) de cuidado médico especializado sea administrado a mi hijo/a durante las horas de escuela:

Nombre del procedimiento(s)

Yo comprendo que soy responsable de proporcionar todos los medicamentos y equipo médico.

Yo libero de toda responsabilidad a aquellas personas designadas por nuestro médico/persona autorizada para realizar el servicio.

Yo comprendo que cuando sea posible el servicio de cuidado médico especializado deberá ser proporcionado antes o después de las horas de escuela.

Yo doy permiso para que la enfermera consulte con el médico/persona autorizada del estudiante antes mencionado sobre cualquier pregunta que surja respecto al procedimiento(s) indicado o condición(es) médica que está siendo tratada.

Yo notificare a la escuela inmediatamente si el estado de salud de mi hijo/a cambia, si cambiamos de doctores/personas autorizadas, o si se cambia o cancela el procedimiento.

Firma del padre/guardián

Fecha: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Nota: Esta solicitud se debe volver a presentar cada año escolar. El equipo y materiales médicos proporcionados por la familia para los procedimientos de cuidado médico especializado serán enviados a casa para ser limpiados a fondo y/o reemplazados cuando sea necesario.

FWISD Health Services Dept. Use Only: Reviewed by (FWISD Nurses): _____ Date: _____