ESCUELAS DEL CONDADO DE PINELLAS

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN LA ESCUELA

De acuerdo al Estatuto estatal, el consentimiento de los padres es requerido para recibir los servicios médicos descritos a continuación. Si permite que su estudiante reciba todos o alguno de los servicios mencionados a continuación, dado que/cuando sea necesario, marque las casillas correspondientes a cada sección. Por favor, llene un formulario para cada estudiante.

Los servicios de emergencia se proporcionarán a todos los estudiantes de acuerdo con los estándares que se encuentran en las Pautas de emergencia para las escuelas en Florida https://www.floridahealth.gov/programs-and-services/childrens-health/school-health/reports-information.html.

Como lo exige la ley, necesita llenar un nuevo formulario de consentimiento para cada curso escolar.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Servicios médicos: Por favor marque a continuación la casilla correspondiente indicando su autorización para recibir servicios médicos en la escuela.

❑ Doy mi consentimiento a TODOS los servicios de atención médica en la escuela como se indica a continuación.

❑ Doy mi consentimiento SOLO para los servicios que marco a continuación:

Evaluación de enfermedades

- ❑ Evaluación de enfermería: revisión de oído/garganta, evaluación cardíaca y pulmonar, medir la presión arterial
- ❑ Examinar por piojos
- ❑ Examinar por sarna

Exámenes de salud (El padre/tutor recibirá una copia de todos los resultados)

- ❑ Exámenes de la vista (solo para los grados KG, 1, 3 y 6 y según lo solicite el profesor).
- ❑ Exámenes de audición (solo para los grados KG, 1 y 6 y según lo solicite el profesor).
- ❑ Chequear la altura/peso/ IMC (solo para los grados 1, 3, y 6).
- ❑ Chequear por escoliosis (solo para 6to grado).

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Escriba el nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____