UNION COUNTY PUBLIC SCHOOLS

PARENT AUTHORIZATION FOR SPECIALIZED HEALTH CARE

As the parents/guardians of _____ _____

(Student's Name) (Birthday)

we request that the following healthcare service(s) be administered to our child. We understand that a trained designated person(s) will be performing the health care service. It is our understanding that in performing this service, the designated person(s) will be using a standardized procedure which has been approved by our physician.

_____

Physician's Name Address Phone

HEALTH CARE SERVICES REQUESTED:

We will notify the school immediately if the health status of my child changes, we change physicians, or there is a change or cancellation of the procedure.

We understand that the above procedure should be scheduled before or after school hours whenever possible.

We have read and fully understand the Plan of Treatment as it is written and have had the opportunity to ask questions regarding the Plan. We authorize the treatments and medications to be given as ordered.

_____

Parent/Guardian signature Date

_____ _____

Address City/State

_____ _____ _____

Work Phone Cell Phone Home Phone

UNION COUNTY PUBLIC SCHOOLS

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA CUIDADOS MEDICOS ESPECIALIZADOS

Como padres/tutor legal de _____ _____
(Nombre del Estudiante) (Fecha de Nacimiento)
Solicitamos que los siguientes servicios médicos sean administrados a mi hijo/hija. Comprendemos que una persona(s) calificada designada llevara a cabo los servicios de cuidado medico. Comprendemos que al llevar a cabo estos servicios, la persona(s) designada estará utilizando un procedimiento estandarizado el cual ha sido aprobado por nuestro medico.

_____
Nombre del Medico Dirección Teléfono

Servicios médicos solicitados:

Le notificaremos a la escuela inmediatamente si el estado de salud de
cambia, si cambiamos de medico o si hay algún cambio o cancelación del procedimiento..

Comprendemos que el procedimiento descrito arriba debe ser programado antes o después de las horas de clases cuando sea posible.

Hemos leído y comprendemos en su totalidad el Plan de Tratamiento como está escrito y hemos tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionas con el Plan. Autorizamos que los tratamientos y medicamentos sean administrados como se ordene.

_____
Padre/Madre/Tutor Fecha

_____ _____
Dirección Ciudad/Estado

_____ _____ _____
Teléfono del Hogar Teléfono del Trabajo Teléfono del Celular