

DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE GLADES 2022-2023
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

- Este consentimiento permanecerá vigente hasta que su hijo se transfiera a otro distrito escolar, se gradúe o usted indique por escrito que desea rescindir este consentimiento para los servicios de salud escolar.
- Cuando sea necesario, se realizarán servicios de salud de emergencia como primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar (RCP) o el uso de un desfibrilador externo automático (DEA) hasta que los servicios médicos de emergencia lleguen al campus.
- Se requerirán autorizaciones separadas de los padres / tutores para que el personal de la clínica escolar o el personal de la escuela administren diariamente o según sea necesario medicamentos recetados o de venta libre, realicen procedimientos médicos o proporcionen tratamiento médico.

ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE Y DEVOLVERSE A LA CLÍNICA ESCOLAR SI USTED DA SU CONSENTIMIENTO Y DESEA QUE SU HIJO RECIBA CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN.

Imprimir toda la información con un lápiz de tinta

Información para estudiantes

				Masculino <input type="checkbox"/>
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento del estudiante	Hembra <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal

Información para padres/tutores

Nombre del puño	Segundo nombre	Apellido	Relación con el estudiante (padre o tutor)	
Dirección de la calle	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono residencial	Número de teléfono del trabajo	Número de teléfono celular		

Indique qué servicios da su consentimiento y le gustaría que su hijo recibiera en la escuela con una "x" en las casillas de verificación.

Atención y tratamiento de enfermedades y lesiones	<input type="checkbox"/>
Examen de la vista	<input type="checkbox"/>
Examen de audición	<input type="checkbox"/>
Detección de escoliosis	<input type="checkbox"/>
Detección de crecimiento y desarrollo (índice de masa corporal)	<input type="checkbox"/>
Exámenes dentales y selladores dentales	<input type="checkbox"/>
Pruebas de COVID-19	<input type="checkbox"/>

Padre/Tutor (IMPRIMIR)

Padre/Tutor (FIRMA)

Fecha