

El programa School Nurse cuenta con personal de enfermería de Community Health Network y puede proporcionar servicios limitados a cualquier estudiante que se sienta enfermo durante el día. Esta es una clínica escolar y no forma parte de Community Health Network, y todos los registros son manejados por la escuela. No hay ningún cargo para usted por los servicios. Si NO desea que su hijo(a) tenga acceso a la clínica, notifique a la clínica de la escuela por escrito con anticipación. En una situación de emergencia para evitar la muerte o lesiones graves, la enfermera escolar y el personal de la escuela actuarán para prevenir dicha lesión o muerte y estabilizar la situación.

Escuela: _____ **Grado** _____ **Efectivo 1 de Julio, 2020 – 30 de Junio, 2021**

Otorgo mi permiso a _____

Imprima el nombre del estudiante: Apellido Nombre Inicial Fecha de Nacimiento

a recibir servicios de salud de la clínica de enfermera escolar (Clínica) en la escuela de mi hijo(a). Entiendo que el personal de la Clínica no puede atender todas las necesidades de salud que pueda tener mi hijo(a), pero trabajará con médicos y proveedores externos que brindan atención continua, según sea necesario. Proporcione una copia de cualquier Plan de Atención Médica desarrollado para el estudiante mencionado anteriormente e información específica sobre cualquier tratamiento o medicamento que deba administrarse durante el día escolar.

I. Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba servicios de la Clínica: He leído la información sobre la Clínica y entiendo qué servicios puede proporcionar la Clínica, que incluyen, entre otros: (a) Atención prescrita por un médico u otro profesional calificado y establecido, a través de discusiones conmigo, como un "Plan de Atención Médica" para mi hijo(a), además (b) primeros auxilios/atención de emergencia, referencias a proveedores de salud en la comunidad, educación para la salud, exámenes de salud e información sobre inmunizaciones. Será mi responsabilidad notificar al personal de la Clínica acerca de los cambios en cualquier Plan de Atención Médica, así como los cambios en la tutela, los arreglos de vivienda o custodia del niño(a) y los números de contacto.

Si mi hijo(a) necesita medicamentos de venta libre (no prescritos) o recetados durante el día escolar, completaré e incluiré un formulario de "Solicitud de Administración de Medicamentos" por cada medicamento.

Firma del Padre o Tutor (si el estudiante es menor de 18 años): _____ **Fecha:** _____

Firma del estudiante (si tiene 18 años o mayor o emancipado): _____ **Fecha:** _____

II. Divulgación de Información: Además de utilizar información de salud sobre el estudiante mencionado anteriormente para tratar las lesiones y enfermedades del estudiante y para la administración de la clínica, autorizo el uso y divulgación de la información de salud según sea necesario a la administración escolar o al personal correspondiente para evaluar elegibilidad del estudiante para participar en actividades escolares o para solucionar quejas. Además, doy mi consentimiento al personal de la clínica de salud de la escuela para que revise el registro escolar completo de mi hijo(a), incluida la asistencia, a fin de proporcionar información que pueda ayudar al personal de la clínica a ayudar a mi hijo(a). Entiendo que la Clínica no restringirá los servicios al estudiante en base a mi decisión de no firmar a continuación esta Autorización, pero que la participación del estudiante en ciertas actividades patrocinadas por la escuela puede estar condicionada a la firma de esta Autorización.

Vencimiento de la Autorización: Esta autorización vence a partir de la fecha en la esquina superior derecha y puede revocarse por escrito en cualquier momento antes de su fecha de vencimiento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta Autorización. Envíe o entregue personalmente una revocación por escrito a un miembro del personal de la Clínica.

Firma del Padre o Tutor (Si el estudiante es menor de 18 años): _____ **Fecha:** _____

Imprima: _____

Firma del estudiante (18 años o mayor o legalmente emancipado): _____ **Fecha:** _____