

**ALEXANDRIA CITY PUBLIC SCHOOLS**  
**AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO**  
**EN LA ESCUELA**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Año escolar: \_\_\_\_\_

**PARTE I: PARA SER LLENADA POR PADRE/GUARDIÁN:**

Solicito que este tratamiento/procedimiento sea administrado en la escuela por la enfermera de las Escuelas Públicas de Alexandria o por la persona designada por el director según sea descrito por mi médico/proveedor de salud.

Entiendo que debo suministrar a la escuela el equipo/suministros listados como necesarios para el tratamiento/procedimiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre impreso: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: (H) \_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_ (O) \_\_\_\_\_

**PARTE II: PARA SER LLENADA POR EL MÉDICO:**

Describa el tratamiento/procedimiento que será administrado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico primario/historia pertinente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Equipos/suministros necesarios para el procedimiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha inicio del tratamiento: \_\_\_\_\_ Fecha terminación (no exceder actual año escolar): \_\_\_\_\_  
MÉDICO (firma): \_\_\_\_\_ (impreso/sellado): \_\_\_\_\_

Número de contacto del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARTE III: PARA SER LLENADA POR LA ENFERMERA ESCOLAR:**

Marque según sea apropiado:

\_\_\_\_\_ Partes I y II llenas con toda la información

\_\_\_\_\_ Equipos/suministros necesarios suministrados

Enfermera: (Firma): \_\_\_\_\_ (Impreso/sellado): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_