

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: _____