Autorización para los Servicios de Enfermería Escolar Clark-Pleasant Community School Corporation

Se maneja el programa de Enfermería Escolar con enfermeras provenientes de Community Health Network. Esta es una clínica Escolar y no es parte de Community Health Network. El plantel escolar mantiene todos los registros. No le cobramos por los servicios. Las enfermeras escolares pueden proporcionarle tratamientos de primeros auxilios que no son de emergencia, atención de emergencia y conducir evaluaciones de la salud para los estudiantes, sin el regreso de esta autorización. Para aprobar la utilización de los registros de la clínica para determinar la eligibilidad que tenga el estudiante para participar en actividades escolares, y para los servicios ilimitados de enfermería, sírvase regresar este formulario como también el formulario para Solicitar la Administración de Medicamentos para que se puedan administrar al estudiante. Si su hijo tiene o necesita un Plan de Atención para tratamientos recurrentes también presente esa información con este formulario.

Año Escolar 2022-2023 – Consentimiento efectivo de julio 1, 2022 hasta junio 30, 2023.

Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento del estudiante _____

I. <u>Consentimiento para Tratar:</u> Yo doy consentimiento para que mi hijo reciba los servicios adicionales de salud de la clínica de su escuela. Comprendo que el personal de enfermería no puede encargarse de todos las necesidades de salud que mi hijo pueda tener. Sin embargo, si mi hijo no cuenta con el cuidado regular de un médico o clínica, yo me encargaré con la enfermera de escoger un proveedor.

Yo he leído esta información y comprendo cuáles son los servicios adicionales que la clínica puede proveer, que incluyen pero sin limitarse a: (a) Tratamiento de primeros auxilios que no son considerados emergencia, (b) Atención prescrita por un médico u otro practicante calificado y establecido, por medio de diálogos conmigo, como un "Plan de Atención" para mi hijo, y (c) Referencias a proveedores de salud en la comunidad. Es mi responsabilidad notificar al personal de la clínica sobre cambios en cualquier Plan de Atención como también cambios del menor relacionado al tutor legal, los arreglos de vivienda o de custodia y los números de contacto.

Si mi hijo necesita medicamentos con o sin receta durante el día escolar, completaré y adjuntaré un formulario de "Pedido para Administrar Medicamentos" para cada medicina.

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

Firma del Estudiante (si tiene 18, mayor o emancipado): _____ Fecha: _____

II. <u>Divulgación de Información</u>: Además de usar la información de salud sobre el estudiante indicado arriba para tratar heridas y enfermedades del estudiante y para la administración de la clínica, por medio de ésta autorizo el uso y la liberación de la información de salud según sea necesario por la administración escolar o el personal correspondiente para evaluar la eligiblidad del estudiante para participar en las actividades escolares, o resolver quejas. Asimismo, doy mi consentimiento al personal de la clínica de salud para observar el registro escolar completo de mi hijo, incluyendo la asistencia, para obtener información que pueda capacitar al personal de la clínica para ayudar a mi hijo. Comprendo que la clínica no pondrá restricciones en los servicios al estudiante basado en mi decisión de no firmar esta Autorización abajo, pero puede que la participación del estudiante en ciertas actividades patrocinadas por la escuela dependa en la firma de esta Autorización.

Terminación de la Autorización: Se puede revocar esta Autorización por escrito a cualquier momento antes de la fecha de vencimiento salvo si se han tomado medidas en virtud de esta autorización. Envíe o entregue personalmente una revocación escrita a un miembro del personal de la clínica.

Firma del padre o tutor legal (estudiante menor de 18): _____ **Fecha:** _____
Nombre en letra imprenta: _____

Firma del estudiante (18 o mayor, o legalmente emancipado):_____**Fecha:**_____
O:
Formulario leído a/verificado con el padre/tutor legal indicado arriba y testificado por el personal de la escuela el consentimiento verbal _____ el _____(fecha que se obtuvo el consentimiento).