



DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH
EQUIDAD Y BIENESTAR

Consentimiento de los Padres/Tutores para Servicios de Salud Escolares

Este formulario debe ser completado por uno de los padres/tutores y devuelto a la escuela para dar su consentimiento para que el estudiante identificado a continuación reciba cualquiera de los servicios de salud escolar que se enumeran a continuación. Todas las secciones deben ser completadas.

# Estudiante	Nombre del Estudiante	Ini. 2.º Nom.	Apellido	Género	Fecha de Nacimiento
Nombre de uno de los Padres/Tutores		Apellido		Número de Teléfono	Relación con el Estudiante

Como lo requiere el Estatuto 1014.06(1) de Florida, los padres o tutores legales deben autorizar que un profesional de la salud o su delegado brinde servicios de atención médica a su hijo(a), como se define en los Estatutos 456.001 y 1006.062 de Florida, en caso de que surja la necesidad de tal tratamiento, mientras su hijo(a) está bajo la supervisión de la escuela.

Quando sea necesario, se realizarán servicios de salud de emergencia como primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) o uso de un desfibrilador externo automático (AED) hasta que lleguen los servicios médicos de emergencia al plantel escolar.

Elija Sí o No para cada uno de los servicios:

Servicios de atención médica, incluidos el cuidado y el tratamiento de enfermedades y lesiones: Sí No

Sí - La respuesta autorizará dichos tratamientos, incluidos, entre otros, lesiones o enfermedades mayores o menores informadas u observadas mientras el estudiante está en la escuela. La falta de respuesta dará lugar a una indicación de "no" para el tratamiento médico.

No - la respuesta resultará en llamadas a los padres o tutores para que el estudiante sea recogido por todas las inquietudes médicas. Esto será para todos los casos en los que los estudiantes se sientan enfermos, tengan dolor de cabeza o lesiones como cortadas, raspaduras, golpes o moretones. Se llamará a los EMS para cualquier situación que se considere grave.

Revisión de la audición: Sí No

Revisión de escoliosis: Sí No

Revisión del crecimiento y desarrollo (índice de masa corporal): Sí No

Revisión de la vista: Sí No

Nota: Este formulario, junto con la autorización de un médico, serán necesarios para que el personal de la clínica escolar o el personal de la escuela administren medicamentos recetados o sin receta según sea necesario, realicen procedimientos médicos o brinden tratamiento médico.

Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que el estudiante mencionado anteriormente se transfiera a otro distrito escolar, se gradúe o indique por escrito que deseo rescindir este consentimiento para los servicios de salud escolar.

Firma de uno de los Padres/Tutores

Nombre de uno de los Padres/Tutores en Letra de Molde

Fecha