

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 proporcionar información de salud del estudiante y 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.

# de Estudiante	Nombre del Estudiante	Inicial del 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 está bajo la supervisión de la escuela.

Cuando 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 todos los problemas médicos. 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.

Los estudiantes recibirán exámenes de salud no invasivos para la audición, escoliosis, crecimiento y desarrollo (BMI) visión y dental de conformidad con 381.0056 (6)(e) de los Estatutos de la Florida, a menos que uno de los padres o tutores opte por no participar marcando "no" en la casilla a continuación. (El permiso es válido hasta que sea revocado por los padres. Consulte el Manual del Estudiante y la Familia del Distrito para obtener más información)

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

Revisión dental: Sí No

El programa de fluoruro de sodio se ofrece en las escuelas sin fluoruro en el suministro de agua local. Doy permiso para que mi hijo participe en el programa de fluoruro de sodio para prevenir la caries dental. Sí (el permiso es válido hasta el 5to grado) No

Alergias, Medicamentos, Problemas Médicos e Información Médica

¿El estudiante tiene alergias que ponen en peligro su vida? Sí (En caso afirmativo, proporcione una lista a la enfermera) No

¿El estudiante toma medicamentos? Sí (En caso afirmativo, proporcione una lista a la enfermera) No

¿El estudiante tiene problemas médicos? Sí (En caso afirmativo, proporcione una lista a la enfermera) No

¿El estudiante tiene un referido para servicios de salud mental asociados con una expulsión de la escuela, un arresto que resultó en un cargo o una medida de justicia juvenil? Sí No

Seguro de salud para estudiantes (marque todo lo que corresponda) Medicaid Healthy Kids/Kid Care Privado Sin seguro

Nombre del Médico _____

Número de teléfono del Médico _____

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 desea rescindir este consentimiento para los servicios de salud escolar.

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

Firma de uno de los Padres/Tutores

Fecha