

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 elegibilidad que tenga el estudiante para participar en actividades escolares, y para los servicios adicionales de atención de la salud descritos en la Sección I, sírvase regresar este formulario como también el formulario de Solicitud para Administrar Medicamentos para cualquier medicamento que se deba administrar al estudiante. Si su hijo tiene o necesita un Plan de Atención para tratamientos que ocurren, presente también aquella información con este formulario.

**Año Escolar que comienza: 2023 – Este consentimiento es efectivo de julio 1, 2023 a julio 1, 2024**

Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_

**I. Consentimiento para Tratar:** Yo doy consentimiento para que mi hijo(a) reciba los servicios adicionales de salud de la clínica escolar de su respectiva escuela. Comprendo que el personal de enfermería no puede encargarse de todos las necesidades de salud que mi hijo(a) pueda tener. La enfermera de la escuela está a la disponibilidad para ayudarlo a localizar los recursos de salud que puedan beneficiar a su estudiante.

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 especializado que no se considera una emergencia, (b) atención prescrita por un médico u otro profesional calificado y establecido, por medio de diálogos conmigo, como un “Plan de Atención” para mi hijo(a), 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 relacionado al tutor legal, a los arreglos de vivienda o de custodia y a los números de contacto.

Si mi hijo necesita medicamentos con o sin receta durante el día escolar, completaré y adjuntaré un formulario de “Solicitud 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. Divulgación de Información:** 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 correspondiente administración escolar o el personal para evaluar la elegibilidad del estudiante para participar en las actividades escolares, o resolver quejas. Asimismo, doy mi consentimiento al personal de la clínica escolar 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.

**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 el consentimiento verbal testificado por el personal de la escuela \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ (fecha que se obtuvo el consentimiento).

[Imprima nombre del testigo]

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