



SOLICITUD PARA EL PROCESO DE TRATAMIENTO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

TRATAMIENTO(S) SOLICITADO(S): _____

LA SIGUIENTE SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR UN MÉDICO

El niño(a), _____, está bajo atención medica para _____ y se requiere que tenga el/los siguiente(s) tratamiento(s) durante el horario escolar.

1. ORDEN DE TRATAMIENTO:

2. ORDEN DE TRATAMIENTO:

TAMAÑO DEL EQUIPO _____

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO _____

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO _____

EFFECTOS SECUNDARIOS / PRECAUCIONES _____

¿HASTA QUÉ GRADO EL NIÑO(A) PUEDE PARTICIPAR EN EL PROCEDIMIENTO DEL TRATAMIENTO?

INDEPENDIENTE _____ NECESITA ASISTENCIA _____ NO PUEDE ASISTIR _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Nombre del Médico en Letra de Molde

Dirección

Teléfono de Emergencia

Número de FAX

LA SIGUIENTE SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR

Yo, _____, doy permiso para que mi hijo(a) reciba el tratamiento(s) anterior(es) como lo indique el médico. Voy a ofrecer todos los materiales/suministros necesarios para la realización del procedimiento. Voy a notificar a la escuela por escrito si se interrumpe el tratamiento. También entiendo que mi firma en este formulario indica el permiso para que la enfermera de la escuela y el médico que prescribe puedan conferir respecto a la administración / monitorización del tratamiento(s) anterior(es).

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____