

# FORMULARIO OBLIGATORIO PARA PADRES Y TUTORES

**FAVOR DE COMPLETAR Y DEVOLVER EL FORMULARIO FIRMADO A LA ESCUELA LO MÁS PRONTO POSIBLE**

## CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR PARA SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

- Este consentimiento permanecerá vigente hasta que su hijo(a) se transfiera a otro distrito escolar, se gradúe o cuando usted indique por escrito su deseo de anular los servicios de salud escolar.
- De ser necesario, se realizarán los servicios de salud urgentes, como, los primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar (CPR, en inglés) o el uso de un desfibrilador externo automático (AED, en inglés) hasta que los servicios médicos de emergencia lleguen al plantel.
- Se requerirán autorizaciones por separado del padre/tutor para el personal de la clínica de la escuela o personal escolar para administrar a diario o cuando sea necesario medicamentos con o sin receta, realizar procedimientos médicos o proporcionar tratamiento médico.

**ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE Y DEVOLVERSE A LA CLÍNICA DE LA ESCUELA SI USTED AUTORIZA Y DESEA QUE SU HIJO(A) RECIBA ALGUNO DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR INDICADOS ABAJO.**

**Escriba toda la información con lapicero de tinta azul**

### Información del estudiante

				Masculino <input type="checkbox"/>
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento del estudiante	Femenino <input type="checkbox"/>
Dirección	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal

### Información del padre/tutor

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Parentesco con el estudiante (padre o tutor)	
Dirección	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de la casa	Número de teléfono del trabajo	Número de celular		

**Indique los servicios a los que da su consentimiento y que desea que su hijo(a) reciba en la escuela con una "x" en los casilleros correspondientes.**

Atención y tratamiento de enfermedades y lesiones	<input type="checkbox"/>
Examen de vista	<input type="checkbox"/>
Examen de audición	<input type="checkbox"/>
Examen de escoliosis	<input type="checkbox"/>
Examen del crecimiento y desarrollo (índice de masa corporal)	<input type="checkbox"/>
Examen y sellantes dentales	<input type="checkbox"/>
Prueba de COVID-19	<input type="checkbox"/>

Padre/tutor (Escribir en imprenta)

Padre/tutor (Firma)

Fecha