

Escuelas Públicas del Condado de Prince William
Plan de tratamiento de salud
Autorización para Procedimiento Médico Específico

Nombre del alumno: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del procedimiento médico específico: _____

Condición por la cual se debe realizar el procedimiento: _____

Nivel de atención: Complejo Moderado Mínimo

Enumere la capacitación necesaria para realizar el procedimiento: _____

El procedimiento puede ser completado por personal capacitado de la escuela: Si No

Órdenes especiales que incluyen tiempos y/o intervalos de procedimientos. (El protocolo adjunto puede ser aceptado o adaptado según sea necesario. Alternativamente, se puede escribir una orden específica en el membrete del proveedor de atención médica:

Precauciones, posibles reacciones adversas, intervenciones:

Materiales/equipo para realizar un procedimiento especial (proporcionados por el padre/tutor):

El procedimiento médico se realizará de _____ a _____

Nombre del médico

Número de teléfono del médico

Firma del médico

Fecha

Autorización del padre/tutor: Por la presente, solicito que el personal realice el procedimiento anterior en mi hijo/a como se indica en el Plan de Tratamiento de Salud.

Nombre del padre/madre/tutor en letra de

Fecha

Firma del padre/madre/tutor:

Personal de la escuela/CCC capacitado en el procedimiento del tratamiento:

Nombre en letra imprenta	Firma	Firma del Instructor	Fecha de la capacitación