

Servicios de Salud de Lewisville ISD  
**Solicitud de personal escolar para realizar un procedimiento médico**

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del procedimiento: \_\_\_\_\_

Condición física que requiere el procedimiento: \_\_\_\_\_

Tiempos/frecuencia e indicación del procedimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de comienzo: \_\_\_\_\_ Fecha de terminación: \_\_\_\_\_

Equipo/suministro necesario a ser provisto por el padre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Precauciones, posible reacciones adversas, contraindicaciones e intervenciones (adjunte copias de emergencia)

instrucciones): \_\_\_\_\_

El estudiante puede participar en Ciudadado Personal: \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ SI

DE SER ASÍ: \_\_\_\_ Necesita supervisión \_\_\_\_ Independiente

Circunstancias en las que se contactará al médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Solicito y autorizo a Lewisville ISD a realizar el procedimiento anterior según lo prescrito. Entiendo que el administrador de la escuela puede designar a cualquier empleado calificado para administrar o realizar el procedimiento mencionado anteriormente. Además, entiendo que los procedimientos que se pueden realizar en casa, generalmente no se realizarán en la escuela. Acepto notificar a la escuela inmediatamente sobre cualquier cambio en el estado de salud de este estudiante o en el procedimiento especializado prescrito. Autorizo a la enfermera escolar registrada a consultar con el médico identificado que prescribe a continuación para aclarar el procedimiento, o para discutir su respuesta al procedimiento tal como lo exige la ley, incluyendo, entre otros, las Prácticas de Emfermería y Práctica Médica de Texas. Reconozco que el médico que prescribe identificado a continuación debe ser un médico con licencia en el estado de Texas, excepto por los primeros dos meses en los que mi hijo se transfirió a Lewisville ISD desde otro estado en los Estados Unidos, las órdenes del médico que receta pueden ser de un médico licenciado en ese estado. Entiendo que si no se concede o se revoca el consentimiento para que la enfermera y el médico se consulten con respecto a este procedimiento, es posible que el personal no pueda administrar o realizar el procedimiento según lo prescrito anteriormente. Reconozco que se me pedirá que presente un nuevo formulario por cada año en que mi hijo esté inscrito en Lewisville ISD, y que este formulario solo es válido por un año escolar.

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Nombreen letra de molde: \_\_\_\_\_

Teléfono diurno: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Porporcione para los servicios/procedimientos descritos anteriormente. Contacte esta oficina si hay preguntas o preocupaciones relacionadas a estos servicios o a la respuesta del estudiante a ellos.

Firma del doctor que prescribe: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de la Oficina: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_