

**Williamson County Schools**  
**Formulario de autorización para procedimientos**  
(este formulario debe firmarlo el Doctor)

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

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Ciclo escolar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Este formulario otorga autorización del proveedor de salud y de los padres para que se provea tratamiento médico durante el horario escolar. Antes de poder brindar los servicios, tanto el proveedor de salud como el padre/madre/tutor deben primero completar este documento.

*Nota: se requiere orden médica para todo procedimiento médico en la escuela y se pide un formulario por cada procedimiento. Pida al doctor de su estudiante que complete esta porción del formulario y regréselo a la escuela.*

**ORDEN MÉDICA (Requerida)**

La siguiente sección debe completarla el doctor o proveedor de salud que prescribe. El estudiante mencionado en este documento está bajo mi supervisión por la condición de salud descrita debajo. He prescrito el siguiente procedimiento/tratamiento necesario durante las horas escolares para la salud o seguridad del estudiante. También entiendo que el tratamiento prescrito podría ser administrado por personal no médico entrenado.

1. Problema de salud por el cual necesita el procedimiento \_\_\_\_\_

2. Procedimiento/Tratamiento \_\_\_\_\_

Alimentación por sonda: Tipo de fórmula \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_

3. Horario o frecuencia \_\_\_\_\_

4. Equipamiento necesario \_\_\_\_\_

5. Precauciones, reacciones adversas, instrucciones detalladas o criterio de contacto con el doctor:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. El alumno puede realizar el procedimiento con ayuda de un adulto entrenado.  Sí  No

Firma del doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del doctor (imprenta) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES (Requerido)**

Doy permiso a que este procedimiento sea realizado por la enfermera escolar o su delegado según se indica arriba. Estoy de acuerdo en brindar los suministros necesarios para el procedimiento y comprendo que debo completar un nuevo formulario cada año y si hay cambios en el estado de salud de mi estudiante. Al firmar este documento, doy mi permiso a la enfermera o su designado para realizar este procedimiento según se indica y doy permiso a que este Proveedor de Salud comparta información sobre este procedimiento con la enfermera o su designado. Además, autorizo la comunicación entre la enfermera escolar y el proveedor de salud o clínica para discutir el procedimiento si fuera necesaria alguna aclaración. El padre/madre/tutor firmante acepta eximir y liberar al distrito escolar y sus directores, funcionarios, empleados, voluntarios y agentes de toda responsabilidad, reclamo, demanda o acción de cualquier tipo que surja de cualquier daño, pérdida o lesión que mi estudiante o yo/nosotros podríamos sufrir o que ahora tienen o pueden tener en el futuro como resultado de la administración de este procedimiento.

Nombre del padre, madre o tutor (imprenta) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_