

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA
HEALTH SERVICES & PROGRAMS
SERVICIO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN MÉDICA SOBRE LA SALUD FÍSICA DURANTE EL
HORARIO ESCOLAR**

El personal escolar designado podrá asistir a los alumnos que requieren servicio especializado de atención médica sobre la salud física durante el horario escolar (Ed. Code 49423.5). Este servicio se provee para permitir que el alumno permanezca en la escuela, para mantener o mejorar su estado de salud y para aumentar su potencial de aprendizaje académico. Al menos que se indique lo contrario, ésta orden expira el último día de clases del año en curso o año escolar extendido, por ejemplo, escuela de verano.

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ **GRADO:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESCUELA DE ASISTENCIA: _____ **FECHA:** _____

**THIS SECTION TO BE
COMPLETED BY
PHYSICIAN**

1. Name of standardized procedure _____

2. Condition requiring this procedure: _____

3. Precautions, possible untoward reactions and interventions: _____

4. Time schedule/indication for the procedure: _____

5. Continue procedure until: _____
(Date)

Physician: _____
Name (Please Print) (Date)

Signature Telephone

Address: _____ NPI# _____

Yo autorizo al personal escolar para que administre el medicamento arriba mencionado a mi hijo(a), según lo prescrito por nuestro médico. Yo doy mi consentimiento para que la enfermera escolar se comunique directamente con nuestro médico, si es necesario, con respecto a cualquier asunto o preguntas relacionadas con la administración de este medicamento.

Padre o Tutor: _____
(Firma)

(Esta sección debe ser completada por el padre/tutor) Fecha: _____
Domicilio: _____
Teléfono (casa): _____ Trabajo: _____

¿Asiste su hijo(a) al cuidado de niños después de la escuela? Sí No

**TODO EL EQUIPO NECESARIO SE DEBE PROVEER POR LOS PADRES. INSTRUCCIÓN
Y/O ENTRENAMIENTO APROPIADO SE DEBE PROVEER AL PERSONAL ESCOLAR**