

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA ESCUELA

El siguiente sección es Para ser completado por el PADRE/TUTOR: (por favor imprimir)

Escuela _____	Grado _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre del estudiante _____ (Apellido)	_____ (Nombre)	Sexo _____
_____ (Nombre del proveedor de atención médica)	_____ (Dirección)	_____ (Teléfono)
Por favor, marque sólo una:		
<input type="checkbox"/> Solicito que las personas autorizadas en la escuela ayuden a mi hijo realizando el tratamiento o procedimiento que se describe a continuación.		
<input type="checkbox"/> Yo (el estudiante) estoy firmando este formulario en mi propio nombre (RCW26.28.015 o RCW 70.02.130) y doy permiso a personas autorizadas en la escuela para realizar el tratamiento o procedimiento. descrito a continuación.		
<input type="checkbox"/> Doy mi permiso para un intercambio de información entre el Distrito Escolar de Seattle y el proveedor de atención médica.		
_____ (Fecha)	_____ (Firma del padre/tutor/estudiante)	_____ (Teléfono)
		_____ (Teléfono de Emergencia)

La siguiente sección debe ser completada por el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA: (por favor imprima)

El tiempo / frecuencia requiere que el procedimiento se realice durante el día escolar (QID o más).	
Diagnóstico para el cual se administra el tratamiento/procedimiento: _____	
Propósito/Meta: _____	
Tratamiento/Procedimiento (describir): _____	

Equipo o suministros: _____	

Tiempo(s) El tratamiento/procedimiento debe realizarse en la escuela: _____	
Horarios realizados en 24 horas (para estadias de emergencia en la escuela más allá del día escolar normal): _____	
Comentarios/Sugerencias: _____	

Duración del tiempo que se recomienda este tratamiento/procedimiento: _____	
_____ (Fecha)	_____ (Firma del proveedor de atención)