

**PETICIÓN PARA UN PROCEDIMIENTO MÉDICO
O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CON LA AYUDA DE UNA ENFERMERA**

Se requiere que las peticiones para servicios de un enfermero escolar durante las horas escolares se presenten, por medio de este documento, al director de la escuela. **La consideración de esta solicitud se basará en las pautas de salud escolar.** Marque todos los renglones. Solamente los formularios completamente llenados se considerarán.

Escuela _____	Horas escolares _____	Maestro _____	Grado _____
Nombre del estudiante _____	Fecha de nacimiento ____/____/____		
Apellido _____	Nombre _____	Segundo nombre _____	mes día año
Domicilio _____		Teléfono _____	
Condiciones médicas (opcional) _____		Celular _____	

DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

El proveedor de cuidado de salud puede ser un médico (MD o DO, por sus iniciales en inglés), dentista (DDS), médico auxiliar practicante (PA) o enfermero diplomado/clínico avanzado (APRN/ NP).

Un proveedor de cuidado de salud debe llenar esta sección. Se requiere un nuevo formulario cada año escolar.

Clase de procedimiento: _____

Frecuencia del procedimiento: _____

Para alimentos por tubo solamente Clase de fórmula: _____

Cantidad: _____

Instrucciones especiales: Apunte detalladamente las instrucciones para alimentos por tubo. Para succionar, describa las condiciones físicas que requieren la succión ordenada por el PRN (enfermero licenciado practicante): _____

Nombre del proveedor de cuidado de salud _____ Teléfono _____

Dirección _____ Fax _____

Firma del proveedor de cuidado de salud _____ Fecha _____

Según los reglamentos de la ley HIPAA, 45 C.F.R. §164.506 y §1654.501, puedo divulgar información protegida de salud respecto a las actividades de tratamiento que deben ser implementadas por el programa de enfermería escolar.

Declaraciones del padre, madre o tutor

Entiendo que estoy pidiendo que se haga un procedimiento médico a mi hijo y que un individuo cualificado proporcionará dicho procedimiento. Si hay algún cambio durante el año, se requiere la autorización firmada del médico. Comprendo que, para hacer adecuadamente este procedimiento de cuidado de salud, el programa de enfermería escolar puede requerir, del médico, aclaración que les ayude con las actividades de tratamiento que he pedido. Entiendo también que el médico puede divulgar información protegida de salud cuando consulte con el enfermero escolar.

Nombre del padre, madre o tutor (letra de imprenta) _____

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha _____