

**PETICION PARA AUTORIZACIÓN DE MEDICO  
PARA SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADOS FÍSICOS PROPORCIONADOS EN LA ESCUELA**

**SELPA del Condado de Ventura**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

F.D.N.: \_\_\_\_\_

Estimado Doctor \_\_\_\_\_

El padre o tutor del estudiante nombrado encima han solicitado que servicios de asistencia médica especializados físico sean proporcionados en la escuela. Por favor complete la "Autorización del Médico" adjunta en esta forma cuanto antes y devuélvala a la dirección de la escuela indicada debajo. **Para que este procedimiento sea proporcionado en la escuela, usted debe verificar que no puede ser programado para otro tiempo que durante horas de clase.**

Usted debe comprender que el individuo que proporcionara el procedimiento puede o no puede ser una enfermera titulada autorizada. El administrador de la escuela tiene la autoridad de designar a otro empleado de la escuela para proveer tales servicios. Además, el personal de salón de clase tiene otros niños por quien son responsables. Si usted cree que el servicio de asistencia médica especializado físico debe ser proporcionado por personal autorizado, por favor indique.

Puede ser que el niño(a) tenga que ser transportado a larga distancia de casa y escuela, y el único vigilante puede ser el conductor del autobús. Varios niños pueden estar en el autobús. Si usted siente que esta situación es inadecuada para el niño, por favor indique.

Por favor notifique a la escuela inmediatamente si la orden del procedimiento(s) cambia o si usted ya no esta tratando a este estudiante. Para su conveniencia, una copia de la muestra del procedimiento ha sido adjuntada para su revisión.

Gracias por su atención expediente a este asunto. Por favor este aconsejado que este servicio no puede ser proporcionado hasta que sus órdenes hayan sido recibidas.

\_\_\_\_\_  
(Firma de Personal Escolar)

\_\_\_\_\_  
(Título)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Numero de teléfono)

**Autorización Paternal para el Intercambió de Información**

A quien corresponda:

Por este medio doy mi permiso para el intercambio de información confidencial contenida en el registro de mi niño(a):

\_\_\_\_\_  
(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)

entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
(Nombre de Medico) (Nombre de Distrito Escolar)

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma de la madre/tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Por favor regrese ha: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Título)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de escuela)

\_\_\_\_\_  
(Calle)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código Postal)