



Autorización para la administración de tratamiento

_____ está bajo mi cuidado médico y requiere el siguiente tratamiento durante el horario escolar. En ausencia de la enfermera de la escuela, autorizo al personal escolar designado a realizar el siguiente tratamiento si lo permite la ley:

Para ser completado por el Doctor:

Orden de tratamiento: _____

Equipo: _____

Frecuencia de tratamiento: _____

Efectos secundarios/Precauciones: _____

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

Teléfono del médico: _____

Firma del médico: _____

Para ser completado por el padre/guardián:

Yo, _____, doy permiso para que mi hijo reciba el (los) tratamiento (s) anterior (es) según lo indique el médico. Proporcionaré todos los suministros necesarios para el tratamiento / procedimiento. Notificaré a la escuela por escrito si el tratamiento se suspende. Entiendo que, en ausencia de la enfermera, el personal designado ayudará en el tratamiento anterior si lo permite la ley estatal.

Firma del Padre/Guardián

Fecha