



## Servicios de Salud Estudiantil

### Adición al Plan de Atención Médica

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Maestro: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Yo soy el padre/madre/tutor legal de \_\_\_\_\_ y solicito que el \_\_\_\_\_ Plan Especializado de Atención Médica se utilice durante las horas de clase. Comprendo que debo suministrar el equipo, suministros o medicina que resulten necesarios para que el mencionado plan pueda efectuarse. Entiendo que siempre que resulte posible, la familia deberá realizar el procedimiento o procedimientos de cuidados especiales antes o después de las horas de clase.

Comprendo que el personal escolar designado realizará el procedimiento o los procedimientos según se especifica en el \_\_\_\_\_ Plan Especializado de Atención Médica. Asimismo comprendo que el personal del Consejo de Educación del condado de Fulton queda exento de toda responsabilidad por cualquier complicación que pueda surgir al realizarse este o estos procedimientos y que no asumirán responsabilidad alguna por supervisar o prestar asistencia en la puesta en práctica del Plan Especializado de Atención Médica.

Al completar el formulario del Plan de Atención Médica adjunto, se autoriza a los Servicios de Salud Estudiantil a discutir el plan descrito con el personal escolar apropiado y el profesional de la salud que prescriba, vía email, fax, en forma verbal o por escrito, con el propósito de ofrecerle a su hijo un entorno seguro.

Nombre del médico (impresión) y teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_