



Physician and Parent Authorization for Having Specialized Physical Health Care Service Provided

(Autorización del Médico y el padre/madre/tutor para la prestación de servicios de Atención Médica Especializada)

Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Año escolar: 20____/20____

Escuela _____ Grado/Maestro _____ Año escolar _____

Información del padre/madre/tutor:

Nombre del padre/madre/tutor _____ Teléfono primario _____ Teléfono secundario _____

1. Physical condition for which the specialized physical health care (nursing type) procedure is to be performed:

2. Name of procedure to be provided:

3. Precautions, possible untoward reactions, and interventions:

4. Time schedule and/or indication for the procedure: _____

5. The procedure is to be continued as above until: _____

Date

***All orders expire on the last day of school unless an earlier end date is provided _____.**

Medical Provider Signature*

Date

Medical Provider Printed Name

Phone Number

Autorización y Reconocimiento de Procedimientos de Atención Médica Especializada

Por la presente, autorizo la administración del procedimiento de atención médica especificado anteriormente para el estudiante mencionado. Por la presente, libero a la Junta Escolar, sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda derivarse de la implementación de este procedimiento según lo prescrito.

Entiendo que la enfermera escolar evaluará el procedimiento y podrá delegar su realización a personal auxiliar capacitado no licenciado pero debidamente capacitado. El procedimiento se llevará a cabo de acuerdo con la orden escrita proporcionada por el profesional de atención médica.

Reconozco que es mi responsabilidad:

- Proporcionar todos los materiales y equipos necesarios para el procedimiento.
- Notificar a la escuela de inmediato sobre cualquier cambio o interrupción del procedimiento.
- Obtener y presentar una nueva orden firmada por el profesional de atención médica si se produce algún cambio.

Autorizo a la enfermera escolar a contactar al profesional de salud para hablar sobre la salud de mi hijo/a y el procedimiento prescrito.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Reviewed by School Nurse

Date

SHCP Order: _____ Student Name: _____ DOB: _____
CMO 06/2025