

ESCUELAS DEL CONDADO DE PINELLAS  
**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN LA ESCUELA**

De acuerdo al Estatuto estatal, el consentimiento de los padres es requerido para recibir los servicios médicos descritos a continuación. Si permite que su estudiante reciba todos o alguno de los servicios mencionados a continuación, dado que/cuando sea necesario, marque las casillas correspondientes a cada sección. Por favor, llene un formulario para cada estudiante.

Los servicios de emergencia se proporcionarán a todos los estudiantes de acuerdo con los estándares que se encuentran en las Pautas de emergencia para las escuelas en Florida <https://www.floridahealth.gov/programs-and-services/childrens-health/school-health/reports-information.html>.

Como lo exige la ley, necesita llenar un nuevo formulario de consentimiento para cada curso escolar.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Servicios médicos: Por favor marque a continuación la casilla correspondiente indicando su autorización para recibir servicios médicos en la escuela.

- Doy mi consentimiento a TODOS los servicios de atención médica en la escuela como se indica a continuación.
- Doy mi consentimiento SOLO para los servicios que marco a continuación:

**Evaluación de enfermedades**

- Evaluación de enfermería: revisión de oído/garganta, evaluación cardíaca y pulmonar, medir la presión arterial
- Examinar por piojos
- Examinar por sarna

**Exámenes de salud** (El padre/tutor recibirá una copia de todos los resultados)

- Exámenes de la vista (solo para los grados KG, 1, 3 y 6 y según lo solicite el profesor).
- Exámenes de audición (solo para los grados KG, 1 y 6 y según lo solicite el profesor).
- Chequear la altura/peso/ IMC (solo para los grados 1, 3, y 6).
- Chequear por escoliosis (solo para 6to grado).

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

Escriba el nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_