

Gooding Jt. School District #231

Estudiantes

3500F

Aviso de Servicios de Salud

Estimado padre o tutor:

El propósito de este formulario es para proporcionar un aviso sobre todos los servicios de salud ofrecidos o disponibles a través de la escuela por el distrito o por cualquier organización privada.

El distrito también puede proporcionar servicios de atención médica sin el consentimiento del padre/tutor si el personal del distrito determina razonablemente que existe una emergencia médica:

1. Proporcionar el servicio de atención médica es necesario para prevenir la muerte o una lesión física irreparable e inminente; o
2. El personal del distrito no puede contactar al padre/tutor a pesar de un esfuerzo razonablemente diligente y la vida o salud del estudiante estaría seriamente en peligro por un retraso adicional en la prestación de los servicios de atención médica.

El distrito proporcionará los siguientes servicios de salud adicionales o exámenes, los cuales solo pueden ser ofrecidos con el permiso parental o en caso de una emergencia como se describió anteriormente:

Servicio de Salud o Examen	Firma para Rechazar el Servicio o Examen	Firma para Indicar Permiso para el Servicio o Examen de Salud
Servicios de salud y bienestar preventivos (es decir, exámenes de visión y audición, revisiones de piojos)		
Clínicas de inmunización patrocinadas por el Departamento de Salud Pública del Centro Sur (se envían formularios de consentimiento adicionales para este servicio opcional)		
Administración o asistencia en la administración de medicamentos según lo descrito en la Política 3510		
Primeros auxilios básicos para lesiones (es decir, como vendajes, crema antibiótica, crema para quemaduras, bolsas de hielo)		
Manejo de condiciones de salud (es decir, diabetes, asma, epilepsia. Esto también requerirá documentación médica/órdenes.)		

Apoyo de consejería para necesidades de salud emocional/mental que afectan la educación de los estudiantes. Referencias a proveedores cuando sea necesario.		

Por favor, seleccione una de las siguientes opciones:

_____ Por la presente, designo el siguiente contacto de emergencia para mi hijo/a y les otorgó la autoridad para consentir a los servicios de salud proporcionados por la escuela en caso de que la escuela no pueda comunicarse conmigo.

Nombre del Contacto de Emergencia: _____

Número de Teléfono del Contacto de Emergencia: _____

Correo Electrónico del Contacto de Emergencia: _____

_____ **No** deseo designar un contacto de emergencia para consentir a los servicios de salud proporcionados por la escuela en caso de que la escuela no pueda comunicarse conmigo

Nombre del Estudiante

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre del Padre/Tutor