



DISTRITO ESCOLAR CANYONS

Solicitud para Servicios Especiales de Salud

Año Escolar: 20 -

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
ESTUDIANTE:	FDN:	GRADO:	ESCUELA:
PADRE DE FAMILIA:		TELEFONO:	

DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD DEL ESTUDIANTE
<i>Los servicios solicitados podrían necesitarse durante el horario de clases.</i>

Yo, autorizo el intercambio de comunicaciones y la divulgación de la información de salud del estudiante arriba nombrado según lo mencionado debajo:	
Nombre del proveedor:	Teléfono:
A: Servicios de Enfermería del Distrito Escolar Canyons	Atención (School Nurse):

PADRE O TUTOR:
<ul style="list-style-type: none"> Como padre o tutor del estudiante arriba mencionado, solicito que el personal del Distrito Escolar Canyons le administre servicios de cuidado de la salud y entiendo que los servicios de cuidado de la salud podrían ser administrados por una persona diferente a una Enfermera Registrada con licencia, de acuerdo con la Ley de Práctica de Enfermería de Utah. Entiendo que el personal del Distrito Escolar Canyons, no proveerá servicios de cuidados de Salud antes de recibir una declaración y orden del médico, de ser aplicable, y el desarrollo de un Plan Individualizado de Salud y otros planes escolares de salud aplicables por una Enfermera del Distrito Escolar. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a Servicios de Enfermería del Distrito Escolar Canyons, todos los formularios e información necesaria para permitir que la Enfermera Escolar realice una evaluación inicial de la condición de salud del estudiante. También es mi responsabilidad proporcionar al Distrito Escolar Canyons, todos los equipos, suministros equipo necesario para los servicios de salud del estudiante en. Esta autorización debe permanecer en efecto por doce (12) meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a la escuela y a los médicos del estudiante a nombre de mi menor hijo proporcionando notificaciones escritas al proveedor de cuidados médicos consistentes con las normas del proveedor. La revocación no afecta la divulgación de registros médicos efectuados antes de la revocación. Entiendo que el proveedor de cuidados de salud no es responsable por otras divulgaciones de la información divulgada por el distrito o escuela. También entiendo que los registros médicos divulgados pueden ser parte de los registros de educación del estudiante y pueden ser reenviados a otra escuela en la que el estudiante esté pensando en registrarse. La escuela y el distrito protegen esta información en cumplimiento de la Ley de Derecho y Privacidad de la Educación Familiar (FERPA). La firma de esta autorización de divulgación es voluntaria. Rehusarse a firmarla no afectará el compromiso de la escuela ni del distrito para proporcionar una educación de calidad para el estudiante. Sin embargo, los registros solicitados podrían ser requeridos para que la escuela implemente un plan de educación apropiado, facilidades y modificaciones para su aprendizaje y cuidados de salud. Entiendo que si autorizo la divulgación de la información arriba mencionada a cualquier individuo o entidad que no esté legalmente obligada a mantener la confidencialidad, la información podría ya no estar protegida por la ley de Portabilidad y Responsabilidad de 1996, o cualquier otra ley estatal o federal. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de este formulario después de firmar y que puedo inspeccionar la información que se está divulgando. Mediante la colocación de mi firma debajo, yo autorizo la divulgación y uso de la información de acuerdo con los derechos, restricciones y entendimientos arriba.

Nombre del padre:	Firma del Padre:	Fecha:
-------------------	------------------	--------

Enfermera Escolar
<input type="checkbox"/> Solicitud para nuevo plan de salud <input type="checkbox"/> Reevaluación del actual plan de salud <input type="checkbox"/> Confirmación del Diagnóstico Médico en archivo

ADDENDA:
<input type="checkbox"/> IHP <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> DMMO <input type="checkbox"/> CGM <input type="checkbox"/> PUMP <input type="checkbox"/> BOMBA/SMART PEN <input type="checkbox"/> INYECCIÓN <input type="checkbox"/> SMMO <input type="checkbox"/> PLAN 504 – FECHA: <input type="checkbox"/> IEP – FECHA: