



## CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR PARA SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

- Se requiere el Formulario de Consentimiento del Padre/Tutor para Servicios de Salud Escolar de todo estudiante en cada año lectivo.
- De ser necesario, se realizarán servicios de salud urgentes, como los primeros auxilios, la reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) o el uso de un desfibrilador externo automático (AED, por sus siglas en inglés) hasta que los servicios médicos de emergencia lleguen al plantel.
- Se requieren autorizaciones adicionales de los padres/tutores cada año lectivo para que el personal de la clínica escolar o el personal de la escuela administre diariamente o, cuando sea necesario, medicamentos con o sin receta, realice procedimientos médicos, o proporcione tratamiento médico.
- Se requiere de padres/tutores un consentimiento por escrito para el Programa de Pruebas Opcionales COVID-19 en la Escuela y el Programa de Sellantes Dentales cada año lectivo.

**SI USTED AUTORIZA Y DESEA QUE SU HIJO O HIJA RECIBA ALGUNO DE LOS SERVICIOS DE SALUD INDICADOS ABAJO, DEBE COMPLETAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO AL TÉCNICO(A) DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (IMT, por sus siglas en inglés) EN LA ESCUELA ASIGNADA AL ESTUDIANTE.**

### Escribir en imprenta/con teclado toda la información requerida

#### Información del estudiante:

Apellido	Segundo nombre	Nombre	Fecha de nacimiento del estudiante	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
Dirección	N.º de apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal	

#### Información del padre/tutor:

Apellido	Segundo nombre	Nombre	Parentesco con el estudiante (Padre/tutor)	
Dirección	N.º de apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono de la casa	Número de teléfono del trabajo	Número de celular	Notas:	

**Indique los servicios que usted autoriza y desea que su hijo(a) reciba en la escuela con una “x” en el casillero correspondiente.**

	Sí	No
Atención y tratamiento de enfermedades y lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de crecimiento y desarrollo (índice de masa corporal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del Padre/Tutor  
(EN LETRA DE IMPRENTA)

Padre/tutor (FIRMA)

Fecha

Nombre del Estudiante  
(EN LETRA DE IMPRENTA)

Estudiante (FIRMA)

Fecha