

HENDERSON I.S.D
201902

WELLNESS AND HEALTH SERVICES
MEDICAL TREATMENT

FFAC
(EXHIBITS)

The following exhibits may be used for medical treatment in the District:

Exhibit A: Solicitud Para la Administracion de Medicina en la Escuela — 1 page

Exhibit B: Autorización Para Tratamiento de Emergencia Médica — 1 page

HENDERSON I.S.D
201902

WELLNESS AND HEALTH SERVICES
MEDICAL TREATMENT

FFAC
(EXHIBITS)

HENDERSON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICINA EN LA ESCUELA

Henderson Independent School District tiene mi permiso para administrar

la medicina _____ a mi hijo(a)
(Medicamento/Dosis)

_____. Este medicamento esta siendo administrado para
(Nombre del Niño)

_____.
(Enfermedad/Condición)

Este medicamento necesita ser administrado a los tiempos siguientes:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

(Firma de Padre/Guardian)

(Fecha)

HENDERSON I.S.D
201902

WELLNESS AND HEALTH SERVICES
MEDICAL TREATMENT

FFAC
(EXHIBITS)

HENDERSON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICA

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Nombre del Doctor: _____ Centro Medico: _____

Compañía de Seguro Medico: _____ #de Póliza _____

Alergia a Medicamentos: _____

Medicamentos Actuales: _____

En caso de emergencia contactar:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

En caso de que un acontecimiento de ayuda/tratamiento médico sea requerido debido a enfermedad o herida en la escuela y/o en un viaje escolar, yo autorizo al personal de Henderson ISD a asegurar y retener tratamiento y transporte médicos si es necesitado y/o mostrar registros del estudiante al ser requeridos por el individuo o la agencia autorizados involucrados en administrar el tratamiento médico de emergencia.

Plan de Consentimiento

Esta autorización incluye rayos- x, cirugía, hospitalización, medicamento y cualquier procedimiento de tratamiento considerado como de vida o muerte por el médico. Esta provisión sólo será invocada si las personas de arriba no pueden ser localizadas.

Fecha: _____ Firma de Consentimiento: _____
Padre o Guardián Legal

Plan de No Consentimiento

Yo no doy mi consentimiento para ayuda/tratamiento de emergencia medical en el caso de enfermedad o herida en la escuela y /o en un viaje escolar.
En caso que un tratamiento/ayuda de emergencia sea requerido, deseo que los procedimientos siguientes sucedan:

Fecha: _____ Firma de Consentimiento: _____
Padre o Guardián Legal