



**DISTRITO ESCOLAR CANYONS
SERVICIO DE ENFERMERIA
PETITION DE SERVICIOS DE CUIDADOS ESPECIALES DE SALUD**

Nombre del estudiante	Fecha de Nacimiento	Nombre del Padre o Apoderado
Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	
Teléfono (casa/celular)	Email	
Escuela	Maestro	Grado

Petición de Nuevo Plan de Salud

Actualización/Re-evaluación del Actual Plan de Salud

Por favor describa la condición del estudiante y los servicios/y/o tratamientos que usted está pidiendo sean administrados por el personal de la escuela. Los servicios requeridos deben ser médicamente necesarios durante la escuela.

Padres/Apoderados deberán proveer al Servicio de Enfermería del Distrito Escolar Canyons con todas las formularios e información necesarios para permitir a la enfermera del distrito hacer una evaluación inicial del estado de salud del estudiante. Si los servicios requeridos son negados, el padre/apoderado tiene el derecho de apelar esta decisión con el Director de Derechos Civiles y Locales.

Información Específica que se entregará:

_____ Comunicación bilateral _____ Notas de Progreso _____ Sumario del Alta _____ Otros _____

Autorizo la entrega de la información de salud del estudiante nombrado arriba (como se indica abajo)

De (Médico): _____ Para: Servicio de Enfermería del Distrito Escolar Canyons _____

Teléfono: _____ Atención (Enfermera del Distrito): _____

- A través de esta, indico que soy el padre o guardián legal del estudiante nombrado arriba y que estoy solicitando que los cuidados de salud descritos arriba sean administrados por personal del Distrito Canyons.
- Entiendo que los servicios de cuidado de la salud pueden ser administrados por alguien más que una enfermera licenciada, en concordancia con el Utah Nurse Practice Act.
- También entiendo que los servicios de cuidado de la salud pueden no ser provisto por personal del Distrito Escolar Canyons si se requiere que antes se someta un certificado de un medico primario, y la elaboración de un Plan de Cuidado de la Salud por una enfermera del Distrito.
- Entiendo que el proveedor de cuidados de la salud no es responsable por ninguna divulgación adicional de la información hecha por la escuela/distrito. También entiendo que los registros médicos entregados pueden formar parte de los registros educacionales del estudiante y pueden ser enviados a otras escuelas donde le estudiante tenga intención de inscribirse. La escuela y el distrito protegerán esta información en cumplimiento con el Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA).
- La firma de esta autorización es voluntaria. La negativa de firmar no afecta el compromiso de la escuela o el distrito de proveer una educación de calidad para el estudiante. Sin embargo, la escuela puede requerir los apropiados registros para implementar un plan apropiado de educación, enseñanza y ubicaciones /modificaciones, y o cuidado de la salud.
- Entiendo que si autorizo la entrega de información a cualquier otro individuo o entidad, no es requerido legalmente mantenerla confidencial, la información no podrá continuar siendo protegida por el Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996, o ninguna otra ley federal.
- Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta forma después de firmarla y que puedo revisar la información que se incluye. Con mi firma debajo, autorizo la entrega y el uso de la información de acuerdo con los derechos, restricciones y acuerdos arriba.
- Esta autorización permanecerá en efecto por doce (12) meses desde la fecha de la firma. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a la escuela o al doctor de mi estudiante en beneficio de mi hijo menor notificando por escrito al proveedor de cuidados de salud, consistente con sus póliza. La revocación no afecta la entrega de registros médicos hechos previa a la revocación.

Firma del Padre o Apoderado

Fecha