

Distrito Escolar Independiente de Leander
Órdenes médicas para procedimientos especializados del cuidado de la salud

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ ID# _____

1. Condición(es) física(s) por las cuales se tiene que hacer un procedimiento especializado: _____

2. Nombre/descripción del procedimiento especializado: _____

3. Instrucciones médicas específicas de cómo se debe efectuar el procedimiento: _____

4. Precauciones/complicaciones que debemos observar: _____

5. Persona(s) autorizada(s) a efectuar el procedimiento: ____ Enfermera Escolar/Asistente de Enfermería
____ Maestro o empleado adiestrado ____ Otro (especifique) _____
6. Horario y/o indicaciones para el procedimiento: _____
7. Continuar el procedimiento hasta (máximo es un año escolar): _____

Firma del médico

Nombre del médico (letra de molde)

Fecha

Teléfono

Fax

Solicito que se le provea el procedimiento/tratamiento a mi hijo, nombrado arriba. El médico me explicó el procedimiento, su propósito y posibles complicaciones.

Firma del padre o encargado

Fecha

Propósito del procedimiento: _____

He repasado la orden para una implementación segura. La fecha de revisión/renovación es: _____.

Firma de la Enfermera Registrada

Fecha

Estoy consciente de la orden a llevarse a cabo por la enfermera de la escuela, el asistente de enfermería y/o un empleado adiestrado.

Firma del director

Fecha