

CONTROL DEL AZÚCAR EN LA SANGRE, MEDICAMENTOS Y NECESIDADES DIETÉTICAS:
CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LOS PADRES O TUTORES
2009-2010

Por la presente, autorizo: (1) el control del nivel de azúcar en la sangre de mi hijo, (2) la administración de tratamiento bajo prescripción médica y (3) el tratamiento de eventos hipoglucémicos en el local de la escuela, según las instrucciones adjuntas del médico. Tengo entendido que deberé proporcionar toda la comida ligera, los equipos y suministros necesarios, y que deberé comunicarles de inmediato al director o a su(s) representante(s), especialmente al enfermero escolar, de cualquier cambio que se produzca en la receta médica o en las instrucciones mencionadas más arriba.

Entiendo que esta autorización sólo es válida hasta lo que ocurra primero de (1) el 30 de junio de 2010; (esta prescripción se puede extender hasta agosto si el estudiante asiste a un programa de enseñanza de verano del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, en lo sucesivo el "Departamento"; o (2) la ocasión en la que yo les entregue al director, las personas que éste designe y el enfermero escolar una nueva prescripción o instrucciones emitidas por el médico de mi hijo en relación con la administración del control y el tratamientos prescritos arriba.

Estoy en cuenta de que el "Departamento", sus agentes y el Departamento de Salud y Salud Mental ("DOHMH", por sus siglas en inglés), tienen una responsabilidad de garantizar un ambiente seguro en la sala médica y cualquier otro lugar en el que a mi hijo se le pueda analizar el azúcar en la sangre. Haré todo lo posible para proporcionarle a la escuela lancetas y otros dispositivos de agujas más seguros para propósitos de control de glucosa y administración de insulina.

Al presentar este formulario de administración de medicinas para la diabetes, solicito que el "Departamento" y el "DOHMH", a través de la Oficina de Salud Escolar ("OSH", por sus siglas en inglés), le den a mi hijo servicios específicos de salud. Entiendo que parte de estos servicios pueden implicar una evaluación por parte de un médico de la "OSH", en lo concerniente a la manera en la que mi hijo responde a los medicamentos prescritos. Se incluyen en este formulario toda la información e instrucciones completas para la prestación de los servicios de salud mencionados anteriormente. Tengo entendido que el "Departamento", el "DOHMH" y sus dependencias y los empleados relacionados con la prestación de los servicios mencionados anteriormente, confían en la exactitud de la información y las instrucciones proporcionadas en este formulario. Es mi intención que mi hijo reciba los servicios de salud conforme a la información y a las instrucciones incluidas en este formulario. Tengo entendido igualmente que el "Departamento", el "DOHMH" y sus dependencias no son responsables de ninguna reacción adversa a estos medicamentos.

Reconozco que este formulario no constituye un contrato con el "Departamento" o el "DOHMH" para proporcionar los servicios requeridos, sino mi solicitud, consentimiento y autorización para la prestación de dichos servicios. Si se determina que estos servicios son necesarios, es posible que también sea necesario presentar un Plan de adaptaciones, que será completado por la escuela.

Por la presente, autorizo al "Departamento", el "DOHMH" y sus empleados y agentes a contactar, consultar al proveedor de servicios de salud o al farmacéutico y a obtener cualquier otra información que consideren necesaria relacionada con la condición médica, los fármacos o el tratamiento de mi hijo.

Escriba en letra de imprenta el nombre, el apellido y el domicilio de uno de los padres o tutores a continuación:

Firma de uno de los padres o tutores

Fecha de la firma

N.º de teléfono durante el día N.º de teléfono del hogar

NO ESCRIBA A CONTINUACIÓN (PARA USO EXCLUSIVO DEL DOE/DOHMH)
(FOR DOE/DOHMH ONLY)

Student's Name: _____ OSIS No: _____

Received by: _____ Reviewed by: _____
Name Date Name Date

Referred to School 504 Coordinator: Yes No Self-Monitors Yes No

Services provided by: Nurse DOHMH Public Health Adv. School Based Clinic DOE School Staff

Self-Monitors: Yes No

Signature and Title: _____
(RN OR MD) (Date school notified and form forwarded to DOE liaison)