SERVICIOS DE SALUD

NOTIFICACIÓN AL PADRE/TUTOR

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre de maestro/a: _____ Notificación: __1ra__2da__3ra__

POR FAVOR LEA LOS ARTÍCULOS MARCADO(S) A CONTINUACIÓN Y RESPONDA APROPIADAMENTE.

_____Mientras estaba en la escuela, su hijo recibió una lesión menor al _____. El/la enfermero/a de la escuela evaluó a su hijo y se le proporcionaron los primeros auxilios necesarios. La enfermera no pudo comunicarse con los padres/tutores por teléfono. Por favor revise el área lesionada durante las próximas 24 horas. Si los síntomas del niño persisten o aumentan, quizás desee que un proveedor de atención médica los evalúe.

_____Su hijo fue derivado a al enfermero/a de la escuela para_____. Por favor considere que un médico evalúe a su hijo.

_____ Su hijo necesita suministros para su condición médica. Por favor proporcione al enfermero/a de la escuela los siguientes artículos: _____

_____Se encontró con su hijo un medicamento no autorizado (con o sin receta). Por favor contactar al enfermero/a de la escuela inmediatamente para asegurarse de que su estudiante cumpla con la política de CMCSS. Si no se recoge el medicamento dentro de los 14 días o después de completar la documentación adecuada, el medicamento será desechado.

_____ Comentarios del enfermero/a:

_____

Enfermero/a escolar: _____

Copia blanca: padre/tutor
Copia amarilla: enfermera escolar