

# DISTRITO ESCOLAR DE JORDAN – SERVICIOS DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo del Estudiante \_\_\_\_\_ Cumpleaños del Estudiante \_\_\_\_\_

Nombre de los padres \_\_\_\_\_ Teléfono de los padres \_\_\_\_\_

¿Tiene su estudiante algún problema de salud con diagnóstico médico que necesite servicios de atención médica u otra atención especial o durante el horario escolar? (Los ejemplos incluyen diabetes, asma, convulsiones, alergias que ponen en peligro la vida, etc.).

Si  No

**1. En caso afirmativo, enlace al formulario de autorización de medicamentos.**

**2. Distrito Escolar de Jordan – Servicios de Enfermería – Solicitud de Salud Especial – Servicios de Liberación Y de Información Confidencial.**

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que esta Solicitud de Servicios Especiales de Atención Médica y el Formulario de Divulgación de Información Confidencial deben completarse antes de que un estudiante pueda recibir servicios de atención médica en la escuela. <http://edsupport.jordandistrict.org/files/JORDAN-SCHOOL-DISTRITO-ENFERMERÍA-SERVICIOS-SOLICITUD DE SALUD ESPECIAL-SERVICIOS-Y-LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.pdf>

Español – <http://edsupport.jordandistrict.org/files/Spanish-IHP-Release.pdf>

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que esto incluye los servicios de enfermería y que es mi responsabilidad completar y enviar este formulario. Entiendo que este formulario debe ser enviado cada año.

## DISTRITO ESCOLAR DE JORDAN – SERVICIOS DE SALUD DEL ESTUDIANTE

¿Tiene su estudiante un problema de salud con diagnóstico médico que requiera que su hijo tome o reciba medicamentos durante el día escolar?

Si  No

If yes, link to **Medication Authorization Form**.

[http://edsupport.jordandistrict.org/files/Medication-MD-Form\\_ADA.pdf](http://edsupport.jordandistrict.org/files/Medication-MD-Form_ADA.pdf)

Español: [http://edsupport.jordandistrict.org/files/Med-MD-Form\\_SpanishADA.pdf](http://edsupport.jordandistrict.org/files/Med-MD-Form_SpanishADA.pdf)

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que este formulario de autorización de medicamentos debe completarse antes de que se permita a los estudiantes de primaria tener medicamentos en la escuela.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que los estudiantes de secundaria y preparatoria pueden llevar una dosis de 8 horas de medicamento en su persona sin que se haya completado un Formulario de autorización de medicación.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que si mi estudiante requiere medicamentos en la escuela, soy responsable de proporcionar un formulario completo firmado por un proveedor médico anualmente. Entiendo que el formulario debe ser enviado cada año.

**Si su hijo no está cubierto por un seguro, puede llamar al 1-877-543-7669 para obtener información sobre CHIP (Programa de seguro médico para niños) o Medicaid, o comuníquese con uno de los nombres que figuran en el siguiente sitio de la web:**  
**[healthservices.jordandistrict.org/about/](http://healthservices.jordandistrict.org/about/)**