

**REQUEST FOR PHYSICIAN'S AUTHORIZATION
FOR SPECIALIZED PHYSICAL HEALTH CARE SERVICES PERFORMED AT SCHOOL**

Ventura County SELPA

Name of Student: _____

D.O.B.: _____

Dear Dr. _____

The parent or guardian of the student listed above has requested that a specialized physical health care service be performed at school. Please complete the "Physician's Authorization" attached to this form as soon as possible and return it to the school address given below. **For this procedure to be performed at school, you must verify that it cannot be scheduled for other than during school hours.**

You must realize that the individual performing the procedure may or may not be a licensed registered nurse. The school administrator has the authority to designate another school employee to perform such services. In addition, the classroom personnel have other children for whom they are responsible. If you believe that the specialized physical health care service must be performed by licensed personnel, please indicate.

The child may need to be transported a long distance to and from school, and the only caretaker may be the bus driver. Several children may be on the bus. If you feel that this situation is inappropriate for the child, please indicate.

Please notify the school immediately if the order for the procedure(s) changes or if you are no longer treating this student. For your convenience, a sample copy of the procedure has been attached for your review.

Thank you for your prompt attention to this matter. Please be advised that the service cannot be provided until your orders have been received.

(Signature of School Personnel) (Title) (Date) (Telephone number)

Parent's Authorization for Exchange of Information

To Whom It May Concern:

I hereby give my permission of the exchange of confidential information contained in the record of my child:

(Name) (Date of Birth)

between _____ and _____
(Name of physician) (Name of School District)

(Signature of father/guardian) (Date) (Signature of mother/guardian) (Date)

Please return to: _____
(Name) (Title)

(Name of school)

(Street) (City) (State) (Zip code)

**PETICION PARA AUTORIZACIÓN DE MEDICO
PARA SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADOS FÍSICOS PROPORCIONADOS EN LA ESCUELA
SELPA del Condado de Ventura**

Nombre del Estudiante: _____

F.D.N.: _____

Estimado Doctor _____

El padre o tutor del estudiante nombrado encima han solicitado que servicios de asistencia médica especializados físico sean proporcionados en la escuela. Por favor complete la "Autorización del Médico" adjunta en esta forma cuanto antes y devuélvala a la dirección de la escuela indicada debajo. **Para que este procedimiento sea proporcionado en la escuela, usted debe verificar que no puede ser programado para otro tiempo que durante horas de clase.**

Usted debe comprender que el individuo que proporcionara el procedimiento puede o no puede ser una enfermera titulada autorizada. El administrador de la escuela tiene la autoridad de designar a otro empleado de la escuela para proveer tales servicios. Además, el personal de salón de clase tiene otros niños por quien son responsables. Si usted cree que el servicio de asistencia médica especializado físico debe ser proporcionado por personal autorizado, por favor indique.

Puede ser que el niño(a) tenga que ser transportado a larga distancia de casa y escuela, y el único vigilante puede ser el conductor del autobús. Varios niños pueden estar en el autobús. Si usted siente que esta situación es inadecuada para el niño, por favor indique.

Por favor notifique a la escuela inmediatamente si la orden del procedimiento(s) cambia o si usted ya no esta tratando a este estudiante. Para su conveniencia, una copia de la muestra del procedimiento ha sido adjuntada para su revisión.

Gracias por su atención expediente a este asunto. Por favor este aconsejado que este servicio no puede ser proporcionado hasta que sus órdenes hayan sido recibidas.

(Firma de Personal Escolar)

(Título)

(Fecha)

(Numero de teléfono)

Autorización Paternal para el Intercambió de Información

A quien corresponda:

Por este medio doy mi permiso para el intercambio de información confidencial contenida en el registro de mi niño(a):

(Nombre)

(Fecha de Nacimiento)

entre

(Nombre de Medico)

y

(Nombre de Distrito Escolar)

(Firma del padre/tutor)

(Fecha)

(Firma de la madre/tutor)

(Fecha)

Por favor regrese ha: _____

(Nombre)

(Título)

(Nombre de escuela)

(Calle)

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)