**De acuerdo con la “Declaración de derechos de los padres”, Estatuto de Florida 1014.06 – Consentimiento de los padres para servicios de atención médica aprobado recientemente por la Legislatura de Florida y promulgado por el gobernador Ron DeSantis ,**

**para que un estudiante reciba servicios de atención médica por parte de una enfermera escolar, el padre/tutor debe dar su consentimiento por escrito .**

Consulte una lista de los servicios de salud proporcionados por la enfermera de la escuela al dorso de este formulario.

Este consentimiento **NO AUTORIZA** el examen o procedimiento invasivo (prueba de COVID-19, extracción de sangre, vacunas, etc.), atención médica preventiva, administración de medicamentos, asesoramiento sobre salud mental, terapia (fisioterapia, terapia ocupacional, etc.) u otros servicios. que tradicionalmente han requerido la dirección y el consentimiento específicos de los padres (administración de medicamentos, procedimientos médicos, manejo médico de condiciones de salud crónicas, etc.)

Nombre del estudiante (letra de imprenta)

Escuela (letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Identificación del Estudiante #

AUTORIZO a que mi hijo reciba servicios de salud básicos tradicionales de la enfermera escolar mientras esté en la escuela, a menos que se especifique lo contrario aquí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo reciba ningún servicio de salud de la enfermera de la escuela mientras esté en la escuela, lo que significa que la **enfermera de la escuela NO proporcionará ningún servicio de atención médica para mi hijo, incluso si mi hijo se enferma o necesita tratamiento por una lesión.**

Firma del padre o tutor legal

Imprimir Nombre Fecha

*Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta que su hijo se transfiera a otro distrito escolar, se gradúe o usted indique por escrito que desea rescindir este consentimiento para los servicios de salud escolar.*