

THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA
DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA

SCHOOL HEALTH SERVICES
SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

**AUTORIZACIÓN A LA ENFERMERA O MÉDICO DE LA ESCUELA
PARA TOMAR EXÁMENES Y PRUEBAS MÉDICAS**

**PERMISSION FOR EXAMINATION AND TESTS
BY SCHOOL PHYSICIAN / SCHOOL NURSE PRACTITIONER**

| ESTUDIANTE/PUPIL | GRADO/GRADE | SALÓN/ LIBRO ROOM / BOOK | ESCUELA/SCHOOL |
|--|-------------|-----------------------------|----------------|
| <p>La ley estatal requiere exámenes físicos y dentales, así como pruebas de detección para los alumnos que asisten a la escuela en Pennsylvania. Para obtener estos servicios, recomendamos que lleve a su hijo al médico o lugar donde generalmente se atiende. Si usted no tiene un lugar de atención, o si desea que su hijo/a sea examinado por la enfermera o médico de la escuela, por favor firme el permiso a continuación.</p> <p>Doy permiso para que la enfermera o médico de la escuela para proveer los siguientes servicios a mi hijo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Historia clínica/Health history• Examen físico breve/Brief physical examination• Pruebas de detección para/Screening tests for<ul style="list-style-type: none">_____ crecimiento/growth_____ visión/vision_____ daltonismo/color vision_____ oído/hearing_____ desarrollo/development• Evaluación de salud y progreso realizada por el maestro/ Teacher assessment of health and progress• Enseñanza de atención a la salud/Health care teaching• Orientación de la salud/Health counseling <p>• <i>Deseo estar presente para la historia clínica y examen físico /</i> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>I wish to be present for the health history and physical examination</i></p> <p>_____ Firma del padre o encargado Signature of Parent/Guardian</p> <p>_____ Fecha Date Signed</p> <p>• <i>Voy a llevar a mi hijo a mi propio médico. Por favor, envíenme un Informe Médico Privado para ser completado por mi médico./ I will take my child to my own physician. Please send me a Private Physician Report to be completed by my doctor.</i></p> <p>_____ Firma del padre o encargado Signature of Parent/Guardian</p> <p>_____ Fecha Date Signed</p> | | | |

Para encontrar más documentos e información traducida al español, por favor vaya a:

www.philasd.org/language/spanish