Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Nombre del profeso: _____Grado en el que ingresa: _____

CONSENTIMIENTO SOBRE SALUD

Por medio de la presente, presto mi consentimiento para que mi hijo menor de edad reciba los servicios de salud necesarios del personal de salud designado u otro personal designado del Distrito en nuestras escuelas cuando él/ella se enferme o sufra una lesión durante la jornada escolar. Entiendo que el tratamiento del personal del Distrito o de Salud se limita al cuidado de primeros auxilios para lesiones que ocurran en la escuela, enfermedades, exámenes de salud junto con el Departamento de Salud del condado de Marion y la administración de medicamentos autorizados previamente. Entiendo que las lesiones que ocurran fuera de la escuela deben ser tratadas en el hogar o por un prestador de cuidado médico personal.

Por medio de la presente, autorizo que la información precedente sea entregada al equipo pertinente y al personal de emergencia en forma confidencial en virtud de las disposiciones de la Ley de los Derechos y Privacidad Educacionales de la Familia (FERPA). Entiendo que la FERPA prohíbe la entrega de información de identificación personal sin consentimiento, excepto en circunstancias limitadas.

Por medio de la presente, autorizo al Distrito Escolar Metropolitano (MSD) del Municipio de Washington a entregar el registro de vacunación de mi hijo al Departamento de Salud de Niños y Residentes de Indiana. Programa de Registro de Vacunas (CHIRP). Entiendo que la información del registro podría utilizarse para verificar que mi hijo haya recibido las vacunas pertinentes y para informarme a mí o a mi hijo apto sobre el estado de vacunación de mi hijo o que debe aplicarse una vacuna conforme a los cronogramas de vacunación recomendados.

_____ _____ _____/_____/_____

Nombre del padre/tutor *Firma*

PERMISOS DE TRANSPORTE

SÍ **NO**

□ □ He conversado sobre las reglas del autobús con mi hijo. Entiendo que el incumplimiento de las reglas dará lugar a consecuencias disciplinarias.

□ □ Le doy permiso a mi hijo para que participe de excursiones en este ciclo lectivo. Entiendo la información entregada y acepto informarle al maestro de clase en caso de que mi hijo no participe de una excursión específica.

_____ _____ _____/_____/_____

Nombre del padre/tutor *Firma* *Fecha (Día/Mes/Año)*