Consentimiento del padre / Plan de acción para Convulsiones

Consentimiento del padretutor para que personal auxiliar no acreditado administre el medicamento

Yo sí / no (marque uno) autorizo al Distrito designar personal auxiliar no acreditado (UAP) que ha sido capacitado por un profesional médico, incluyendo pero sin limitarse a, personal médico de urgencia, un doctor médico y/o enfermera acreditada, para que administre a mi hijo medicina para convulsiones mientras esté presente en el ISD de Plano o en un evento relacionado con el ISD de Plano (como paseos escolares y eventos deportivos), cuando es posible que no haya disponible un profesional médico entrenado. Entiendo que no es posible proveer a mi alumno ningún servicio médico relacionado con la escuela sin mi consentimiento requerido, como se explica aquí.

Iniciales del padre

Consentimiento del padre/tutor a la revelación de datos y fotografía.

Yo sí / no (marque uno) autorizo al ISD de Plano exhibir una fotografía de mi hijo (de venir al caso) e indicar que es una persona que sufre ataques. Entiendo que el personal escolar que tiene trato con mi hijo recibirá información acerca de mi hijo que le ayudará en una situación de urgencia. Esto puede incluir, pero no se limita a: personal de la oficina de salud y sus suplentes, maestros y auxiliares de salón, maestros de asignaturas especiales, maestros suplentes, personal de oficina, personal de comedor y conductores de autobús. Entiendo que el motivo de eso es de permitir al personal escolar a mejor prevenir y responder a posibles emergencias. Esta autorización está vigente desde la fecha de su firma hasta terminar el año escolar.

Iniciales del padre

Autorización del padre/tutor para que el personal escolar comuniquen datos médicos

Autorizo a los representantes del Distrito, incluyendo los profesionales médicos y UAPs del Distrito, a compartir con el profesional médico o proveedor de salud identificado anteriormente, u obtener de dicha persona, los datos médicos de mi alumno a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la administración de servicios escolares relacionados con la salud, que incluyen entre otros: cuidados de emergencia, cuidado para cualquier diagnóstico documentado, tratamientos médicos según se detallan en el IHP del alumno, su plan 504, IEP u otro formulario de PISD que solicite servicios médicos escolares. Con mi firma en esta Autorización, reconozco plenamente que la información utilizada o divulgada en conformidad con esta Autorización podría estar sujeta a divulgación secundaria por las personas aquí autorizadas y la(s) persona(s) con quien(es) se comunican, y dejar de ser protegidos por las reglas de HIPAA. Entiendo que dicha divulgación secundaria podría ser inapropiada, causarme vergüenza, causar disputas familiares, ser mal interpretado por profesionales no médicos, y de otra forma causarme a mí y mi familia diferentes formas de daño. Por la presente exonero a cualquier Proveedor Médico que actúa confiado en esta Autorización, contra cualquier responsabilidad que pudiese resultar de la divulgación de Datos médicos que permiten la identificación de mi hijo. No se proveerá al alumno los servicios escolares relacionados a la salud descritos en este documento sin el consentimiento del padre/tutor, según se explica aquí.

Iniciales del padre

Exoneración del Padre/Tutor de cualquier reclamación contra el distrito y Acuerdo de mantener indemne

Al grado que permite la ley, a nombre mío y del alumno, libero y acepto defender, mantener indemne y sacar en paz y a salvo al Distrito contra cualquier reclamación, daño, demanda, o acción que de manera directa o indirecta resultara de, estuviera relacionado con, o surgiere de, la administración al Alumno del medicamento y/o la divulgación de Datos médicos que permiten la identificación del alumno. Esta exoneración debe ser interpretada de la forma más amplia posible. Incluye la exoneración de reclamos hechos contra el Distrito por razón de desatención o responsabilidad objetiva, única o mancomunada, exclusiva o coadyuvante, incluyendo responsabilidad que resulta de

la supuesta infracción de alguna ley (aparte de las responsabilidades que protegen contra la discriminación por motivo de raza, edad, sexo u otra categoría que históricamente ha sufrido discriminación), que nace de, es relacionada con, o surge de, directa o indirectamente, la aplicación al alumno, por el Personal Escolar, del Medicamento descrito en este documento, o la divulgación de los Datos médicos personales que permiten la identificación del alumno, entre otras, acusaciones de que el Personal Escolar no haya evaluado correcta y suficientemente el conocimiento y la capacidad de mi hijo de identificar las síntomas y autoaplicar los cuidados de Diabetes, por negligencia no haya reconocido las síntomas que requieren de cuidados de Diabetes, haya malinterpretado síntomas que creía obligaban el uso de los cuidados de Diabetes, por negligencia haya aplicado o no aplicado los cuidados de Diabetes y/o haya "sobre divulgado" los datos de salud de mi hijo.

Las Directrices Administrativas para la Salud Escolar desarrolladas por el Distrito Escolar Independiente de Plano están sujetas a la Ley de Americanos con Discapacidades ("ADA"), 42 U.S.C. Fracc. 12101, et seq.; Fracción 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 ("Sección 504"), 29 U.S.C. Fracc. 701, et seq.; y la Ley de Educación para Personas con Discapacidades ("IDEA"), 20 U.S.C. Fracc. 1400 et seq

Nombre de padre/tutor _____ Teléfono: _____

Firma de padre/tutor _____ Fecha: _____