

Yuma Elementary School District One
Health Services

Child's Name _____ Age _____ Grade _____
School's Name _____ Teacher _____

District Registered Nurses follow our Consulting Physician's Standing Orders for a variety of conditions. Health Assistant Clerks are limited to use of comfort measures vs dispensing these medications. The list is available for review in each Health Office.

1. Do you give consent for the school to provide care and treatment for your child? ___ **Yes** ___ **No**
2. In case of headache, temperature over 100° or menstrual cramps at school, I give permission for my child to be given Acetaminophen or Ibuprophen according to label directions. ____ **Yes** ____ **No**
3. If emergency services involving medical action or treatment is needed and I cannot be reached, I authorize school officials and _____ to provide the necessary the necessary care and services. **Yes / No**
(doctor)

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

This form will be filed in the student's Health Record and kept until he/she ages out of the program or leaves this school district. At any point, parent may revoke permission upon receipt of written request to the school nurse.

Yuma Elementary School District One
Health Services

Child's Name _____ Age _____ Grade _____
School's Name _____ Teacher _____

District Registered Nurses follow our Consulting Physician's Standing Orders for a variety of conditions. Health Assistant Clerks are limited to use of comfort measures vs dispensing these medications. The list is available for review in each Health Office.

1. Do you give consent for the school to provide care and treatment for your child? ___ **Yes** ___ **No**
2. In case of headache, temperature over 100° or menstrual cramps at school, I give permission for my child to be given Acetaminophen or Ibuprophen according to label directions. ____ **Yes** ____ **No**
3. If emergency services involving medical action or treatment is needed and I cannot be reached, I authorize school officials and _____ to provide the necessary the necessary care and services. **Yes / No**
(doctor)

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

This form will be filed in the student's Health Record and kept until he/she ages out of the program or leaves this school district. At any point, parent may revoke permission upon receipt of written request to the school nurse.

Districto Escolar uno de Yuma
Sevicios de Salud

Nombre de nino (a) _____ Edad _____ Grado _____
Escuela _____ Maestro(a) _____

Las enfermeras certificadas del distrito, siguen fielmente las Ordenes Prescritas por nuestros doctores. Asistentes de salud son limitados con el use de medias de comodidad versos que dispensan estas medicaciones. La lista de estas ordenes esta disponible en cada una de las oficinas de salud.

1. Da usted su permiso para que la escuela provea tratamiento a su niño? _____ **Si** _____ **No**
2. En caso de dolores de cabeza, fiebre de màs de 100 grados ò dolores de vientre, autorizar a la escue para Acetaminophena o Ibuprophen según direcciones de la etiqueta. _____ **Si** _____ **No**
3. Si la emergencia requiere servicios medicos o tratamiento y no puedo ser localizado, yo autorizar a la escuela y a _____ proveer los servicios necesarios. _____ **Si** _____ **No**
(doctor)

Firma de los Padres/Representantes _____ Fecha _____

Esta forma permanecerá en los archivos de salud del alumno hasta que este deje el distrito. Cuando quiera el padre puede quitar el permiso por medio de una carta a la enfermera escolar.

Districto Escolar uno de Yuma
Sevicios de Salud

Nombre de nino (a) _____ Edad _____ Grado _____
Escuela _____ Maestro(a) _____

Las enfermeras certificadas del distrito, siguen fielmente las Ordenes Prescritas por nuestros doctores. Asistentes de salud son limitados con el use de medias de comodidad versos que dispensan estas medicaciones. La lista de estas ordenes esta disponible en cada una de las oficinas de salud.

1. Da usted su permiso para que la escuela provea tratamiento a su niño? _____ **Si** _____ **No**
2. En caso de dolores de cabeza, fiebre de màs de 100 grados ò dolores de vientre, autorizar a la escue para Acetaminophena o Ibuprophen según direcciones de la etiqueta. _____ **Si** _____ **No**
3. Si la emergencia requiere servicios medicos o tratamiento y no puedo ser localizado, yo autorizar a la escuela y a _____ proveer los servicios necesarios. _____ **Si** _____ **No**
(doctor)

Firma de los Padres/Representantes _____ Fecha _____

Esta forma permanecerá en los archivos de salud del alumno hasta que este deje el distrito. Cuando quiera el padre puede quitar el permiso por medio de una carta a la enfermera escolar.