

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
District Nursing Services

PARENT AUTHORIZATION  
FOR SPECIALIZED PHYSICAL HEALTH CARE SERVICES

We (I), the undersigned, who are the parent(s)/guardian(s) of:

Student \_\_\_\_\_ Birth date \_\_\_\_\_  
Last name, First name

request that the following specialized physical health care service \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ be administered to our child in accordance with state laws and regulations. We (I) understand that specialized physical healthcare services may be provided by unlicensed designated school personnel under the training and supervision of the school nurse.

It is our understanding that in performing this service, the designated personnel will be using a standardized procedure which has been approved by our healthcare provider.

\_\_\_\_\_  
Print name of CA Licensed Healthcare Provider Telephone number  
\_\_\_\_\_  
Address City Zip code

- We will notify the school **immediately** if the health status of \_\_\_\_\_  
Student Name  
changes, we change healthcare providers, or there is a change or cancellation of the procedure.
- We understand that the above procedure should be scheduled before or after school hours whenever possible.
- We understand that we are responsible for providing and bringing all necessary supplies and equipment, correctly labeled, with proper directions for school use.
- We understand that this service must be re-authorized yearly.

Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Address	City	Zipcode
Father/Guardian (____) _____	(____) _____	(____) _____
Home Phone	Work Phone	Pager/Cell Phone
Mother/Guardian (____) _____	(____) _____	(____) _____
Home phone	Work Phone	Pager/Cell Phone
Emergency contact _____	(____) _____	Emergency Phone
Emergency contact _____	(____) _____	Emergency Phone

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES**  
 Servicios de Enfermería del Distrito

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS DE SALUD ESPECIALIZADOS**

Quienes suscriben, padres o tutores de:

Nombre completo del alumno	Fecha de nacimiento
solicitamos que el siguiente tratamiento de salud especializado _____	

le sea administrado a nuestro(a) hijo(a) conforme estipulan las leyes y reglamentos estatales. Comprendemos que dicha atención le será prestada por personas no diplomadas, designadas por la escuela, bajo dirección y supervisión de la enfermera escolar. Comprendemos también que en el desempeño de sus funciones, la persona que suministre el servicio empleará procedimientos regulares, aprobados por nuestro médico.

Nombre del médico licenciado en California	(____) _____ Numero de teléfono
--	------------------------------------

Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal
-----------	--------	--------	-------------

- En caso de que el estado de salud de \_\_\_\_\_ sufra algún cambio, de que  
 Nombre de niño(a)  
 cambiemos de médico, o de que se efectúe alguna modificación o cancelación del procedimiento, notificaremos de inmediato a la escuela.
- Comprendemos que, siempre que sea posible, el procedimiento en cuestión será programado para realizarse antes o después del horario lectivo.
- Comprendemos que es nuestra responsabilidad proporcionarle a la escuela el equipo y todos los implementos necesarios, etiquetados adecuadamente, con las instrucciones pertinentes al caso.
- Comprendemos que esta autorización deberá ser renovada cada año.

Firma del Padre o Tutor _____	Fecha _____
-------------------------------	-------------

Firma del Padre o Tutor _____	Fecha _____
-------------------------------	-------------

Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal
-----------	--------	--------	-------------

Padre/Tutor (____) _____ Teléfono (particular)	(____) _____ Teléfono (empleo)	(____) _____ Teléfono celular/ beeper
---	-----------------------------------	--

Madre/Tutor (____) _____ Teléfono (particular)	(____) _____ Teléfono (empleo)	(____) _____ Teléfono celular/ beeper
---	-----------------------------------	--

Contacto de emergencia _____	(____) _____ Teléfono de emergencia
------------------------------	--

Contacto de emergencia _____	(____) _____ Teléfono de emergencia
------------------------------	--