

FRIENDSHIP SCHOOL

525 Third Street, Imperial Beach CA 91932 (858) 293-2213 FAX (619) 423-6007



AUTORIZACION ORTOPEDICA PARA POSICIONAMIENTO DURANTE LA ESCUELA

Nombre del estudiante _____ Fecha nacimiento: _____ Edad: _____

Este estudiante puede soportar peso sobre sus pies usando el siguiente equipo en la escuela:

- Bipedestador con ortesis de tobillo y pie Sí _____ No _____ Límite de tiempo: _____
- Bipedestador sin ortesis de tobillo y pie Sí _____ No _____ Límite de tiempo: _____
- Andador con ortesis de tobillo y pie Sí _____ No _____ Límite de tiempo: _____
- Andador sin ortesis de tobillo y pie Sí _____ No _____ Límite de tiempo: _____

Este estudiante puede ser posicionado para estar sentado usando el siguiente equipo en la escuela:

- Asiento postural con las ruedas con o sin seguro
- Silla de posicionamiento con soporte y mesa/charola
- Silla de ruedas con o sin mesa/charola
- Otro:

Este estudiante puede ser posicionado para reclinarse sobre su espalda o su costado usando el siguiente equipo en la escuela:

- Asiento reclinable
- Cojín relleno de bolitas/cojines de posicionamiento
- Tapete de piso
- Otro:

Instrucciones especializadas: _____

*Si el estudiante tiene una cirugía/cambio significativo a su estado médico, este formulario debe actualizarse con la enfermera de la escuela. Si esta información no se actualiza, la escuela no será responsable por la información médica nueva que no haya sido comunicada.

Firma del médico

NPI #

Fecha

Dirección

Teléfono

Entendemos que el administrador escolar designará a (una) persona(s) designada(s) que, de acuerdo con la Sección 49423.5 del Código de Educación, prestará el servicio de atención médica enlistado anteriormente y que cualquier persona(s) designada(s) y no autorizada(s) que realicen el servicio lo harán bajo la supervisión de una enfermera escolar calificada, enfermera de salud pública, o médico o cirujano calificados. Entendemos que, al realizar este servicio, la persona(s) designada(s) utilizará un procedimiento que ha sido aprobado por nuestro médico.

Firma del Padre/Tutor

Fecha