



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Tabla de contenido

Registro de Información de Emergencia	2
Consentimiento para la Divulgación de Información del Estudiante	5
Formulario de Viaje Escolar a la Comunidad	6
Autorización para Acceder a la Política de las Redes Electrónicas	7
Autorización para acceder a las redes electrónicas Firme	8
Uso de Programas y Servicios Educativos Basados en la Web	9
Consentimiento de los Padres para Divulgar Información Estudiantil a el Departamento de Servicios Sanitarios Y Familiares de Illinois (HFS)	10
Consentimiento de los Padres para Divulgar Información Estudiantil a el Departamento de Servicios Sanitarios Y Familiares de Illinois (HFS)	11
Autorización para la Divulgación / Intercambio de Información.	12
Medicamentos – Normas para padres	13
Medicamento(s) - Autorización del Padre / Médico	14
Procedimiento de atención médica – Normas para padres	15
Procedimiento de Atención Médica - Autorización anual para Padres/Médicos	16

Comuníquese con el supervisor de su programa si tiene alguna pregunta.

Programa	Supervisor	Número de teléfono	Correo electrónico
Braun	Kristine Jones	708-687-4971	kjones@swcccase.org
CD Program	Amy Kalas Lena Martinez	708-687-0900	akalas@swcccase.org lmartinez@swcccase.org
DESTINY	Kelsey De Biasio	708-687-0900	kdebiasio@swcccase.org
DHH	Jennifer Lindstrom	708-687-0900	jlindstrom@swcccase.org
Morton Gingerwood	Regina Schnell	708-342-5318	rschnell@swcccase.org
Transition	Jennifer Gallus Julie Beasland Jennifer Corse	708-873-1600	jgallus@swcccase.org jbeasland@swcccase.org jcorse@swcccase.org



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Registro de Información de Emergencia

Nombre: _____ Distrito de Residencia: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Dirección: _____
(Dirección) (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Fecha de Nacimiento: _____ Sexi: _____ Teléfono: _____

El estudiante es su propio tutor: ☐ Sí ☐ No Número de Medicaid: _____
Si no, proporcione una copia del documento de tutela

El estudiante vive con: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Padres adoptivos ☐ Tutor legal ☐ Otro: _____

¿Es el estudiante hispano o latino? Identificación de origen étnico: _____

Una persona de origen cubano, mejicano, puertorriqueño, de América Central o de Suramérica, o de otra cultura española u origen, no importa la raza.

☐ Sí ☐ No

Descripciones

Asiático: una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originarios del lejano oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, incluyendo por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro o Afroamericano: una persona que tiene su origen en cualquiera de los grupos de raza negra de Africa.

Nativo Americano o Nativo de Alaska: una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originarios de Norte y Sur América, incluyendo América Central, y que mantiene una afiliación tribal o un apego comunitario.

Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico: Una persona que tiene su origen en los pueblos de Hawaii, Guam, Samoa, u otras islas del Pacífico.

White: una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, El Medio Oriente, o el Norte de Africa.

¿Qué idioma aprendió su hijo/hija cuando comenzó a hablar por primera vez? _____

¿Qué idioma usa su hijo/hija con más frecuencia en su hogar? _____

¿Qué idioma usa usted con más frecuencia para hablar con su hijo/hija? _____

Si es posible, ¿en qué idioma prefiere usted recibir comunicación de la escuela? _____

La información educativa debe enviarse a: _____

Información Médica

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Nombre del Dentista: _____ Teléfono: _____

Nombre del Audiólogo: _____ Teléfono: _____

☐ Sí ☐ No ¿Su hijo toma algún medicamento? En caso afirmativo, agregue los detalles a continuación.

☐ Sí ☐ No ¿Últimos tres años, alguna hospitalización?

☐ Sí ☐ No ¿Últimos tres años, alguna enfermedad durante más de una semana?

☐ Sí ☐ No ¿Últimos tres años, alguna lesión que ha requerido atención médica?

☐ Sí ☐ No ¿Tiene su hijo un plan de alimentación o deglución prescrito?

☐ Sí ☐ No ¿El estudiante usa espejuelos o lentes de contacto?

☐ Sí ☐ No ¿Tiene su hijo alguna alergia? En caso afirmativo, especifique: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Información Médica Adicional:

Nombre del medicamento: _____ Dosis diaria: _____
Nombre del medicamento: _____ Dosis diaria: _____
Nombre del medicamento: _____ Dosis diaria: _____
Nombre del medicamento: _____ Dosis diaria: _____

Si se administra en la escuela, ¿cuál es la dosis? _____ ¿Para qué es el medicamento? _____

Cualquier otra información relevante médica: _____

¿Ha recibido su estudiante una vacuna COVID-19? ☐ Sí ☐ No Fecha de la dosis más reciente: _____

En caso afirmativo, proporcione una copia de su tarjeta de vacunación.

Padre / Tutor y Contacto de Emergencia

Contacto 1

Nombre: _____ Teléfono: () - Tipo: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: () - Tipo: _____

Dirección: _____
(Dirección) (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Relación: _____
☐ Tutor ☐ Custodia ☐ Vive con ☐ Puede ☐ Contacto de ☐ Traductor
del estudiante el estudiante recoger al emergencia necesario
estudiante Idioma: _____

Contacto 2

Nombre: _____ Teléfono: () - Tipo: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: () - Tipo: _____

Dirección: _____
(Dirección) (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Relación: _____
☐ Tutor ☐ Custodia ☐ Vive con ☐ Puede ☐ Contacto de ☐ Traductor
del estudiante el estudiante recoger al emergencia necesario
estudiante Idioma: _____

Contacto 3

Nombre: _____ Teléfono: () - Tipo: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: () - Tipo: _____

Dirección: _____
(Dirección) (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Relación: _____ ☐ Tutor ☐ Custodia del estudiante ☐ Vive con el estudiante ☐ Puede recoger al estudiante ☐ Contacto de emergencia ☐ Traductor necesario Idioma: _____

Contacto 4

Nombre: _____ Teléfono: () - Tipo: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: () - Tipo: _____

Dirección: _____
(Dirección) (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Relación: _____ ☐ Tutor ☐ Custodia del estudiante ☐ Vive con el estudiante ☐ Puede recoger al estudiante ☐ Contacto de emergencia ☐ Traductor necesario Idioma: _____

Contacto 5

Nombre: _____ Teléfono: () - Tipo: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: () - Tipo: _____

Dirección: _____
(Dirección) (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Relación: _____ ☐ Tutor ☐ Custodia del estudiante ☐ Vive con el estudiante ☐ Puede recoger al estudiante ☐ Contacto de emergencia ☐ Traductor necesario Idioma: _____

Contacto 6

Nombre: _____ Teléfono: () - Tipo: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: () - Tipo: _____

Dirección: _____
(Dirección) (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Relación: _____ ☐ Tutor ☐ Custodia del estudiante ☐ Vive con el estudiante ☐ Puede recoger al estudiante ☐ Contacto de emergencia ☐ Traductor necesario Idioma: _____



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Consentimiento para la Divulgación de Información del Estudiante

EN EL SITIO WEB DE SOUTHWEST COOK COUNTY COOPERATIVE ASSOCIATION
FOR SPECIAL EDUCATION ("SWCCCASE")
Y MATERIAL DE PUBLICIDAD/RELACIONES PÚBLICAS

Nosotros, _____, padre/tutor y _____, estudiante, damos permiso para que la Asociación Cooperativa del Condado de Southwest Cook para Educación Especial ("SWCCCASE") publique el nombre del estudiante, fotografía (s) (instantánea o video), arte y trabajo escrito, y/o declaraciones de voz/verbal en el sitio web de SWCCCASE y en los materiales de publicidad y relaciones públicas de SWCCCASE. Esta publicación es autorizada por nosotros de conformidad con 20 USC § 1232g, 105 ILCS 10/1 et seq., Y 740 ILCS 110/1 et seq., y entendemos que es con el propósito de proporcionar información general al público sobre los programas, actividades y servicios de SWCCCASE. Entendemos que nuestra negativa a firmar este formulario de consentimiento dará como resultado que el nombre del alumno, fotografía(s), arte y trabajo escrito, y/o declaraciones de voz/verbal sean excluidos del sitio web o materiales de publicidad y relaciones públicas. También entendemos que no se le pagará ninguna retribución monetaria al estudiante en relación con dichas publicaciones.

Entendemos que podemos revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento antes de su publicación. Sin embargo, también entendemos que una vez que se produce la publicación, renunciamos al derecho de revocar nuestro consentimiento para publicar el nombre del estudiante, fotografía(s), arte y trabajo escrito, y/o declaraciones de voz/verbal en el sitio web actual o futuro y en publicidad y material de relaciones públicas de SWCCCASE.

PADRE/TUTOR

FECHA

ESTUDIANTE

FECHA

TESTIGO (18 años o más solamente)

FECHA

**** Este consentimiento caducará en un año a partir de la fecha de la firma ****



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Formulario de Viaje Escolar a la Comunidad

- ☐ Yo otorgo permiso para que mi hijo participe en actividades escolares educativas en la comunidad, según lo programado.

Esto está de acuerdo con 20 USC § 1232g, 105 ILCS 10/1 et seq., y 740 ILCS110 / 1 et seq. Entiendo que si me niego a firmar este formulario de consentimiento, mi hijo será excluido del viaje educativo en la comunidad. Entiendo que se me notificará la ubicación, la fecha y la hora del viaje. Entiendo que puedo revocar mi permiso en cualquier momento.

Por favor firme y devuelva este formulario al maestro de la clase de su hijo.

Nombre del estudiante

Fecha (no debe exceder un año del calendario)

Firma del estudiante

Firma del padre



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Autorización para Acceder a la Política de las Redes Electrónicas

Tenemos la capacidad de mejorar la educación de su hijo a través del uso de las redes electrónicas, incluido Internet. El Internet ofrece grandes, diversos y únicos recursos. La meta de Southwest Cook County Cooperative Association for Special Education's (SWCCCASE) en la prestación de este servicio es promover la excelencia educativa al facilitar el intercambio de recursos, la innovación y la comunicación. Su autorización es necesaria antes de que su hijo pueda usar este recurso.

El Internet conecta electrónicamente miles de computadoras en todo el mundo y millones de suscriptores individuales. Los estudiantes y profesores pueden tener acceso a:

- comunicaciones limitadas de correo electrónico con personas de todo el mundo,
- información de fuentes gubernamentales, instituciones de investigación y otras fuentes,
- grupos de debate y
- muchas bibliotecas, incluido el catálogo de la Biblioteca del Congreso y Centros de Información sobre Recursos Educativos (ERIC).

Con esta oportunidad educativa también viene la responsabilidad. Usted y su hijo deben leer la autorización adjunta para el acceso electrónico a la red y analizarla juntos. El uso de material o idioma inapropiado o la violación de las leyes de derechos de autor pueden ocasionar la pérdida del privilegio de usar este recurso. Recuerde que usted es legalmente responsable de las acciones de su hijo.

La Cooperativa (Cooperative) toma precauciones para evitar el acceso a materiales que pueden ser difamatorios, inexactos, ofensivos o inapropiados en el entorno escolar. En una red no regulada, sin embargo, es imposible controlar todo el material y un usuario puede descubrir material inapropiado. En última instancia, los padres/tutores son responsables de establecer y transmitir los estándares que su hijo o estudiante en custodia debe seguir. Con ese fin, la Cooperativa apoya y respeta el derecho de cada familia a decidir si autoriza o no el acceso a Internet.

Lea y analice la Autorización para Acceder a las Redes Electrónicas con su hijo. Si acepta permitir que su hijo tenga una cuenta de Internet, firme el formulario de autorización y devuélvalo a su escuela.



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Autorización para acceder a las redes electrónicas Firme

Este consentimiento es válido por un año.

Nombre del estudiante: _____ Programa: _____

leo, entiendo y acepto la política y los procedimientos de SWCCCASE con respecto al uso permitido de redes electrónicas. Entiendo que el incumplimiento de la política y los procedimientos de SWCCCASE puede resultar en la pérdida de privilegios, acción disciplinaria y / o acción legal apropiada.

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre

Fecha



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Uso de Programas y Servicios Educativos Basados en la Web

Para que Southwest Cooperative pueda proporcionar a su estudiante las herramientas y aplicaciones web más eficaces para el aprendizaje, debemos cumplir con las regulaciones federales que exigen la autorización de los padres, como se describe a continuación. Southwest Cooperative utiliza diversas aplicaciones de software y servicios web operados por terceros, no por Southwest Cooperative. Estos incluyen Google Workspace for Education y programas educativos similares.

Cada estudiante recibe una dirección de correo electrónico @student.swccase.org y una contraseña predeterminada. Deben cambiar su contraseña la primera vez que inician sesión en su cuenta.

La dirección de correo electrónico @student.swccase.org también permitirá a los estudiantes aprovechar al máximo Google Workspace for Education. Pueden iniciar sesión en Google Chrome desde cualquier computadora en casa para tener acceso completo a su trabajo almacenado en Google Drive. Por favor, pídale a su estudiante que comparta su correo electrónico y contraseña para que pueda revisar su cuenta regularmente.

Para que nuestros estudiantes puedan usar estos programas y servicios, es necesario proporcionar al operador del sitio web cierta información personal básica, generalmente el nombre, el nombre de usuario y la dirección de correo electrónico del estudiante. Es importante tener en cuenta que los estudiantes de preescolar a octavo grado solo pueden enviar correos electrónicos al personal de Southwest Cooperative desde sus cuentas escolares y no pueden recibir correos electrónicos de direcciones externas. No existe peligro de que personas o empresas externas puedan comunicarse con los niños de estos grados. En muchos casos, el acceso a estos sitios web y recursos se proporciona a través de una cuenta de docente y es supervisado por el docente que utiliza el recurso.

Según la ley federal COPPA (Ley de Protección de la Privacidad Infantil en Línea), estos sitios web deben notificar a los padres y obtener su consentimiento antes de recopilar información personal de menores de 13 años. Sin embargo, la ley permite que escuelas como Southwest Cooperative consientan la recopilación de información personal en nombre de todos sus estudiantes, eliminando así la necesidad de otorgar el consentimiento parental individual directamente a cada proveedor del sitio web. Este formulario constituye su consentimiento para que Southwest Cooperative Schools proporcione información personal limitada de identificación de su hijo/a, incluyendo su nombre, apellidos, dirección de correo electrónico y nombre de usuario, a Google Workspace for Education y a los operadores de cualquier programa y servicio educativo web adicional que Southwest Cooperative considere necesario durante el próximo año académico. Puede consultar la lista completa de operadores que utiliza Southwest Cooperative en https://sdpc.a41.org/district_listing.php?districtID=10595

☐ Leí, comprendo y doy mi consentimiento para que Southwest Cooperative utilice servicios y aplicaciones informáticas y basadas en la web mientras actúa como proveedor de servicios para mis estudiantes.

Nombre del estudiante: _____

Programa: _____

Firma del padre

Fecha



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Consentimiento de los Padres para Divulgar Información Estudiantil a el Departamento de Servicios Sanitarios Y Familiares de Illinois (HFS)

Southwest Cook County Cooperative Association of Special Education (El Distrito Escolar) actualmente proporciona los servicios IEP escolares necesarios a su hijo sin costo alguno para usted, el padre / tutor. El Distrito Escolar participa en el programa del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios Familiares de Illinois a través del cual los fondos federales de Medicaid se ponen a disposición de los distritos escolares en el estado para ayudar a cubrir los costos de proporcionar los servicios IEP escolares necesarios a los estudiantes. Al participar en este programa, el Distrito Escolar puede solicitar fondos federales de Medicaid para ayudar a cubrir algunos costos de los servicios de IEP basados en la escuela que el Distrito Escolar le proporcionó a su hijo. Para buscar fondos federales, el distrito escolar debe divulgar información de los registros educativos de su hijo, que puede incluir el nombre de su hijo, fecha de nacimiento y número de Medicaid al Departamento de Servicios de Salud y Familia de Illinois (HFS) con respecto a los servicios del IEP. El distrito se lo proporcionó a su hijo.

Según lo exige la ley federal, el distrito escolar debe:

- obtenga su consentimiento por escrito antes de divulgar la información de salud de su hijo al Departamento de Servicios de Salud y Familia de Illinois (HFS),
- puede no requerir que se inscriba o se inscriba en ningún beneficio público o programa de seguro,
- no puede exigirle que pague ningún gasto de su bolsillo, como un deducible o copago, por los costos de los servicios de salud que el Distrito le brinda a su hijo, y
 - no puede usar el Medicaid de su hijo u otros beneficios públicos si ese uso
 - disminuir la cobertura de por vida disponible o cualquier otro beneficio asegurado,
 - El resultado es que usted o su familia paguen por servicios que de otra manera estarían cubiertos por Medicaid u otro programa de seguro público y que se requieren para su hijo fuera del horario en que su hijo asista a la escuela,
 - aumentar sus primas de seguro o llevar a la suspensión de cualquier beneficio público o seguro, o
 - arriesgar la pérdida de su elegibilidad para exenciones basadas en el hogar y en la comunidad, según los costos agregados relacionados con la salud.

El Distrito Escolar debe recibir su consentimiento para divulgar información de los registros educativos de su hijo al Departamento de Servicios de Salud y Familia de Illinois (HFS) según sea necesario para que el Distrito Escolar busque fondos de Medicaid para ayudar a cubrir los costos de los servicios de IEP basados en la escuela. El distrito escolar se lo provee a su hijo. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Ya sea que otorgue su consentimiento o no, o si retira su consentimiento, el Distrito Escolar seguirá brindando los servicios de salud necesarios a su hijo sin costo para usted, el padre / tutor.



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Consentimiento de los Padres para Divulgar Información Estudiantil a el Departamento de Servicios Sanitarios Y Familiares de Illinois (HFS)

Nombre del
estudiante: _____

Programa
Cooperativo: _____

Fecha de
nacimiento del
estudiante: _____

Revise las declaraciones a continuación y seleccione su opción marcando la casilla correspondiente.

☐ **Sí.** Como padre / tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy mi consentimiento al Distrito Escolar para divulgar información de los registros educativos de mi hijo al Departamento de Servicios de Salud y Familia de Illinois (HFS) según sea necesario para permitir que el Distrito Escolar busque fondos de Medicaid. para ayudar a cubrir los costos de los servicios de IEP basados en la escuela que el Distrito Escolar le proporcionó a mi hijo.

Entiendo que mi consentimiento permanecerá vigente hasta que lo retire, y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento notificándolo al Distrito Escolar. Si retiro mi consentimiento, el Distrito Escolar continuará día mes año brindando los servicios de salud escolares necesarios a mi hijo sin costo alguno para mí, el padre / tutor.

☐ **No.** Como padre / tutor del nombre del estudiante arriba, no doy mi consentimiento al Distrito Escolar para divulgar información de los registros educativos de mi hijo con el Departamento de Servicios de Salud y Familia de Illinois (HFS).

Entiendo que si no doy mi consentimiento, el Distrito Escolar continuará brindando los servicios de IEP escolares necesarios a mi hijo sin costo para mí, el padre / tutor.

Firma del padre / tutor

Fecha (Mes día año)



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Autorización para la Divulgación / Intercambio de Información.

Nota: Este formulario es opcional y es necesario solo si desea que el personal cooperativo pueda comunicarse con alguien fuera de nuestra organización, como un terapeuta externo.

Yo, _____, autorizo el intercambio de comunicación y la divulgación y/o
(nombre del padre o tutor)
intercambio de los siguientes registros referentes a _____ entre empleados
(nombre del estudiante y fecha de nacimiento)
de Southwest Cooperative y _____.
(nombre de la persona / agencia)

_____ Informes Completos de Determinación de Elegibilidad	_____ Reportes Psicológicos
_____ Expedientes de Salud (incluyendo Inmunizaciones)	_____ Informes de Progreso Académico
_____ IEPs	_____ Informes de Trabajadores Sociales
_____ Expedientes Médicos	_____ Informes de Terapia
_____ Reportes Multidisciplinarios del Personal	_____ Otro: _____

Estas divulgaciones están autorizadas de acuerdo con *20 USC Sección 1232g, 105 ILCS 10/1 et seq., Y 740 ILCS 110/1 et seq.* * y deben realizarse con el fin de planificar la educación del alumno mencionado anteriormente. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información que se divulgará, impugnar su contenido y limitar mi consentimiento a los registros designados o a partes de la información contenida en estos registros. También entiendo que el rehusarme a consentir el intercambio de registros y comunicaciones podría resultar en una planificación educativa incompleta y / o inapropiada para el estudiante mencionado anteriormente.

Este consentimiento expira un año a partir de la fecha indicada a continuación. Sin embargo, entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

FIRMA PADRE / TUTOR

FECHA

FIRMA DEL ESTUDIANTE
(para registros de salud mental / discapacidad del desarrollo,
si el estudiante tiene 12 años o más)

FECHA

* Nota: Antes de la divulgación de información médica protegida, los proveedores de cuidado de la salud pueden requerir que el padre / tutor ejecute un formulario de autorización adicional para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del seguro médico (HIPAA).



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Medicamentos – Normas para padres

Las siguientes pautas de procedimientos establecerán las responsabilidades y los requisitos de los padres para los estudiantes cooperativos que requieren administración de medicamentos durante el día escolar regular o actividad relacionada con la escuela.

1. Los padres y el médico deben completar y firmar el formulario de Autorización de Medicamentos para administrar cualquier medicamento en la escuela. Esto incluye:
 - a. Medicamentos recetados a largo plazo
 - b. Medicamentos recetados a corto plazo
 - c. Medicamentos sin receta
 - d. Medicamentos PRN (según sea necesario).

Se requiere un formulario actualizado de Autorización de Medicamentos siempre que haya un cambio en la medicación, la dosis o el momento de la administración. En el caso de medicamentos administrados a largo plazo, la autorización debe renovarse anualmente.

2. Los padres deben traer los medicamentos a la escuela o de acuerdo a los arreglos alternativos hechos entre los padres y los funcionarios escolares.
3. Todos los medicamentos recetados deben estar en envases apropiados y etiquetados por el farmacéutico.
4. Los medicamentos que no requieren receta deben llevar la etiqueta original.
5. Sin la debida autorización, no se permitirá que los niños tomen medicamentos en su posesión durante el horario escolar.
6. Los niños no podrán tomar sus propios medicamentos, a menos que los padres y el médico del alumno hayan autorizado, por escrito, los procedimientos específicos para ello en un Formulario de Autorización de Medicamentos del Distrito o de SWCCCASE, y el medicamento se tome de acuerdo con estos procedimientos.

Las pautas de los procedimientos anteriores se han establecido para garantizar prácticas de administración de medicamentos seguras y efectivas.



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Medicamento(s) - Autorización del Padre / Médico

Nota: Este formulario es necesario solo si necesita personal cooperativo para poder administrar medicamentos a su estudiante en la escuela.

Nombre del alumno: _____

Fecha de nacimiento: _____ Programa / ubicación: _____

Medicamento	Dosificación	Ruta de administración	Hora de administración
1. _____			
2. _____			
3. _____			

Condición y propósito por el cual es medicamento es prescrito: _____

Razón por la necesidad de medicamentos durante el horario escolar: _____

Comentarios (Incluya instrucciones especiales, posibles efectos secundarios, etc.): _____

* Cuando se anota "PRN", enumere las condiciones específicas que justifiquen la administración: _____

Firma del médico

Fecha

Dirección

Número de teléfono

AUTORIZACION DEL PADRE O TUTOR: Con respecto a los medicamentos enumerados anteriormente, autorizo la administración de medicamentos a mi hijo por individuo como se especifica en la Política de Administración de Medicamentos de SWCCCASE.

☐ Sí ☐ No

Firma de Padres / Representante de DCFS (si el estudiante bajo cuidado temporal)

Fecha:

Teléfono de la casa

Teléfono celular

Teléfono del trabajo



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Procedimiento de atención médica – Normas para padres

Las siguientes pautas de procedimientos establecerán responsabilidades y requisitos para los estudiantes de la Cooperativa que requieren procedimientos específicos de atención médica durante el día escolar regular o durante una actividad relacionada con la escuela. Antes de la implementación del procedimiento en el entorno escolar por parte de un miembro capacitado del personal, será necesario que se cumplan los siguientes requisitos.

1. El formulario de Autorización de Procedimiento de Cuidado de Salud debe ser completado y firmado tanto por el padre como por el médico, e incluir la orden escrita del médico para el procedimiento.
2. La orden escrita del médico para un procedimiento específico requerido durante el día escolar regular o una actividad relacionada con la escuela debe incluir:
 - a. Diagnóstico
 - b. Procedimiento
 - c. Motivo del procedimiento
 - d. Frecuencia, incluyendo horario y/o indicación del procedimiento.
 - e. Instrucciones específicas (incluyendo precauciones, posibles reacciones adversas e intervenciones)
 - f. Duración de implementación de procedimientos.
3. El formulario de autorización, incluyendo la orden del médico, debe renovarse anualmente y / o en cualquier momento durante el año si se produce un cambio de la orden original.
4. La enfermera cooperativa actuará como un recurso para el miembro designado del personal capacitado a realizar el procedimiento.
5. El padre será responsable de proporcionar y reponer los suministros / equipos necesarios para la implementación del procedimiento.
6. El padre será responsable de notificar inmediatamente a la enfermera cooperativa sobre cualquier cambio en el procedimiento o en la condición física del niño que afecte el desempeño del procedimiento.



Anual Formularios de Inscripción del Programa Cooperativo

Procedimiento de Atención Médica - Autorización anual para Padres/Médicos

Nota: Este formulario es necesario solo si necesita personal cooperativo para Poder realizar un procedimiento de atención médica a su estudiante en la escuela.

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Programa que

Para ser completado por el médico:

Diagnóstico:

Procedimiento:

Duración:

Motivo del procedimiento:

Frecuencia (incluya los horarios y/o información de procedimientos):

Instrucciones específicas: (incluya precauciones, posibles reacciones adversas e intervenciones; cuando se anota "PRN", especifique indicaciones para el procedimiento que se debe realizar):

Firma del médico

Fecha

Dirección

Número de teléfono

AUTORIZACIÓN DE PADRES: Autorizo la divulgación e intercambio de información entre SWCCCASE y el médico o agencia mencionado(s) anteriormente con respecto al procedimiento enumerado anteriormente. Por la presente, autorizo y solicito dicho procedimiento concerniente a mi hijo(a) durante el horario escolar por parte de los empleados de SWCCCASE.

Firma del Padre o Tutor (no firme hasta que se complete)

Fecha:

Teléfono de la Casa

Teléfono del Trabajo