

EXENCIÓN DE PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA

Distrito Escolar de Cache County – Legacy Campus

2063 N 1200 E, North Logan UT 84341

Teléfono: 435-752-3925 Fax: 435-792-7796

He determinado que mi estudiante, _____, **no requiere** ninguna asistencia médica

(Nombre del Estudiante)

parte del personal del Distrito Escolar de Cache County con respecto a el diagnostico o necesidad relacionada con el cuidado de su salud. Mi estudiante asiste a la escuela _____.

(Escuela)

residente del Distrito Escolar de Cache County, _____, firmo esta Exención de Plan de

(Nombre del Padre/Tutor)

Atención Médica voluntariamente, a favor del Distrito Escolar de Cache County. Entiendo que al firmar esta exención mi estudiante no recibirá ninguna asistencia médica específicamente relacionada con el/la _____. En el evento que se necesite asistencia medica de emergencia, se le llamara

(Enfermedad/Condición)

al 911. Si, en algún momento en el futuro, yo decido que un Plan de Atención Médica es necesario para mi estudiante, es mi responsabilidad contactar a las Enfermeras del Distrito Escolar de Cache County para recibir asistencia. Entiendo que el diagnostico de mi estudiante se mantendrá en los registros escolares, sirviendo como un tipo de notificación para el personal en caso de alguna emergencia. Si el padre o tutor desea remover el diagnostico de su estudiante, es la responsabilidad del mismo de hacer una solicitud por escrito al Distrito Escolar de Cache County, para que el registro sea removido.

Entiendo que esta exención será revisada por las Enfermeras del Distrito Escolar de Cache County para evaluar si es que mi estudiante **requiere** un Plan de Atención Médica. Entiendo de que esta exención puede ser revocada en cualquier momento por parte de la discreción de el personal de enfermeras.

Libero al Distrito Escolar de Cache County de cualquier reclamo por lesiones personales, daños a la propiedad o muerte que pueda surgir de mi decisión de completar la Exención de un Plan de Atención Medica.

Razón por la exención solicitada:

_____.

He leído la Exención previa y acepto sus términos: _____.

Favor de entregar el formulario completo a la dirección escrita arriba, por fax, o en la oficina principal de la escuela.

Completed by District Nursing Department:

We have reviewed and approved this Health Care Plan Waiver.

District RN Signature

Date

District RN Signature

Date

Revised 8/17/22