ESCUELAS DEL CONDADO DE GASTON
SOLICITUD DE LOS PADRES
PARA EL
PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL PARA DIABETES

_____
Escuela

Estudiante: _____Grado: _____Fecha Nacimiento: _____

Padre/ Tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ _____
De la Casa Del trabajo

Por la presente solicito que un Plan de Atención Individualizado Para Diabetes sea desarrollado e implementado para mi niño(a). Autorizo a la institución indicada arriba para comunicarse con el proveedor de atención medica que se indica abajo con el fin de compartir y recibir información de salud. Entiendo que debo proporcionar un Plan de Atención para Diabetes revisado por un médico y personal debidamente entrenado deberá estar en lugar antes que mi niño(a) reciba servicios médicos, que no sean de asistencia a sí mismo, asistencia de los padres, y Servicios Médicos de Emergencia (911) en la escuela. Este plan requerirá revisión anual y actualizaciones, así como la asistencia médica necesite cambios.

_____ _____
Firma de Padre/Tutor *Fecha*

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Actual médico o proveedor de atención médica_____

Dirección: _____

Teléfono: _____ FAX: _____