



Distrito Escolar Unificado de Los Angeles
SALUD ESTUDIANTIL Y SERVICIOS HUMANOS

ATTACHMENT I



Alta Médica para el Regreso a la Escuela
Siguiendo Servicios de Intervención de Salud Mental o de Hospitalización

CONFIDENCIAL

Fecha: _____

Estimado Doctor:

El estudiante nombrado en este documento fue hospitalizado o recibió servicios de salud mental recientemente por ser un peligro a sí mismo/a, peligro para los demás y/o gravemente discapacitado. La información médica que usted dé es esencial en la planificación de las necesidades de seguridad, educativas y de la salud del estudiante.

Nombre del Estudiante Fecha De Nacimiento Escuela Grado

Por favor complete la siguiente información y entréguela al padre/guardián para que ellos puedan otorgársela a la escuela cuando el estudiante regrese. Su cooperación es apreciada.

Si el estudiante nombrado en este documento no representa una amenaza a sí mismo u otras personas en el momento que fue dado/a de alta y puede regresar a la escuela, por favor firme e indique cualquier restricción, si es que ay alguna.

El estudiante nombrado no representa una amenaza a si mismo u otras personas en el momento que fue dado/a de alta y puede regresar a la escuela:

- Sin restricciones Con la(s) siguiente(s) modificaciones/restricciones

Modificaciones/Restricciones recomendadas: _____

Por favor indique cualquier medicamento prescrito y la dosis: _____

Nombre del Doctor Firma del Doctor

Nombre del Hospital Número de Contacto

AUTORIZACION DE PADRES/TUTOR LEGAL PARA INTERCAMBIAR INFORMACION

TO: Nombre del Personal de Agencia/Titulo RE: Apellido del Estudiante Primer Nombre del Estudiante

Agencia, Institución, o Departamento Fecha de Nacimiento: Mes / Día / Año

Por la presente doy permiso para divulgar / intercambiar la siguiente información:

- Medica/Salud Hablar y Lenguaje Educacional Psicológico/Salud Mental Otra Cosa (especifique):

Esta autorización será válida hasta _____ solo que sea revocada antes.

Nombre de Padre/ Tutor Legal Número de Teléfono

Firma de Padre/ Tutor Legal Fecha