



**Plan de Atención Médica – Para declinar servicios
2018-2019**

Nombre del
estudiante: _____

–

Fecha de
nacimiento: _____

Yo, _____, reconozco que el personal de la oficina de salud de la escuela de mi hijo me contactó sobre el estado de salud de mi hijo y, en este momento, NO creo que sea necesario tener un plan de atención médica en el archivo de este año escolar.

Reconozco que es mi responsabilidad comunicarme con la oficina de salud y la escuela si este estado cambia en cualquier momento.

Firma del padre/madre: _____

Fecha: _____

Firma de la enfermera escolar: _____

Fecha: _____