

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

MEDICAL PROCEDURE AFFIDAVIT

DECLARACIÓN JURADA DE PROCEDIMIENTO MÉDICO

This form must be signed in front of and notarized by a Notary Public / Este formulario debe ser firmado en frente de y certificado por un Notario Público

State of _____ County of _____

Before me this day personally appeared _____, who being duly sworn, deposes and states:
Print Parent/Legal Guardian Name

I / Yo _____
Print Parent/Legal Guardian Name (Last, First, M.) Escriba en letra de molde el nombre del padre / tutor legal (Apellido, Nombre, Inicial)

Parent/Legal Guardian Address / Dirección del padre / tutor legal City / Ciudad State / Estado Zip Code / Código Postal

have enrolled my child / he matriculado a mi hijo(a):

_____ at / en _____
Print Student Name (Last, First, M.) School name
Escriba en letra de molde el nombre del estudiante (Apellido, Nombre, Inicial) Nombre de la escuela

It is necessary for my child to have a medical procedure performed during school hours. Name of procedure:
Es necesario que mi hijo(a) se someta a un procedimiento médico a llevarse a cabo durante horas de clase. Nombre del procedimiento:

I have provided a physician's order from _____ (Physician's name) for this medical procedure to be kept on file at the school. I agree to have this order updated upon changes in procedure or annually at the beginning of each new school year. I specifically request that The School District of Osceola County, FL staff members be trained in accordance to F.S.1006.062 to perform this procedure as designated by the completion of the Student Specific Medical Procedure Training Record. With the signing of this document, I give my consent for all staff members with appropriate documentation of training to perform this procedure on my child. I hereby release all claims, demands, damages, actions, causes of action or suits at law or in equity, of whatsoever nature against the School Board or any employees for following this request.

He proporcionado una orden del médico _____ (nombre del médico) para este procedimiento, para que sea archivada en la escuela. Estoy de acuerdo que esta orden sea actualizada cuando existan cambios en el procedimiento o anualmente, al comienzo de cada año escolar. Solicito, específicamente, que los empleados del Distrito Escolar del Condado Osceola, FL estén entrenados para administrar este procedimiento de acuerdo con el Estatuto de Florida, 1006.062, designado así al completar el formulario del Registro de Entrenamiento del Procedimiento Médico Específico para Estudiantes. Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que todos los miembros del personal escolar, que tengan la documentación apropiada sobre el entrenamiento, le practiquen este procedimiento a mi hijo(a). Por la presente, renuncio a todo tipo de reclamos, demandas, daños, acciones legales, procedimientos legales, o acciones en el régimen de equidad, de cualquier naturaleza en contra de la Junta Escolar o cualquier empleado, por cumplir con esta petición.

I understand this signed affidavit will remain in effect as long as my child is a student in The School District of Osceola County, FL and staff will be trained as the need changes. I acknowledge the selection of staff to work with my child is a decision for The School District of Osceola County, FL. I have no right to insist upon any particular person to be assigned to work with my child, although I may communicate my request to the appropriate School District personnel. I understand I may withdraw consent (in writing) for specific staff members to perform this procedure should I feel it is necessary. I further understand that if I withdraw consent and there is not another documented trained staff member, it will be necessary for me to come to the school to perform the procedure until such time as another staff member can be trained. In such an event, I understand my assistance is subject to all the rules and procedures of The School District of Osceola County, FL including those rules regarding background checks and my conduct on campus. I may be removed from a school facility and my services may be terminated if the Superintendent, building administrator, or designee, determines it is in the best interest of The School District of Osceola County, FL or if my services are no longer needed.

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

MEDICAL PROCEDURE AFFIDAVIT

DECLARACIÓN JURADA DE PROCEDIMIENTO MÉDICO

Entiendo que, esta declaración jurada firmada, permanecerá vigente mientras mi hijo/a sea un estudiante en el Distrito Escolar del Condado Osceola, FL y que el personal será entrenado mientras sea necesario y ocurran cambios. Entiendo que, la selección del personal para trabajar con mi hijo/a, es una decisión del Distrito Escolar del Condado Osceola, FL. No tengo el derecho de insistir en que se asigne a una persona en particular para que trabaje con mi hijo/a, aunque puedo dejarle saber mi petición a la persona apropiada del Distrito Escolar. Comprendo que puedo remover mi consentimiento (por escrito) para que ciertos miembros del personal, en específico, administren el procedimiento, si así yo lo considero necesario. Además, entiendo que si remuevo mi consentimiento y no hay otro miembro del personal que esté entrenado, será necesario que yo acuda a la escuela para hacer el procedimiento, hasta tanto haya un miembro del personal que pueda entrenarse. En tal caso, entiendo que mi ayuda está sujeta a todas las normas y procedimientos del Distrito Escolar del Condado Osceola, FL incluyendo aquellas normas sobre revisión de antecedentes y mi conducta en el recinto escolar. Puedo ser removido de las instalaciones de la escuela y mis servicios pueden ser terminados si el Superintendente, el administrador del edificio o su designado, determina que es para beneficio del Distrito Escolar del Condado Osceola, FL o si no necesitan de mis servicios.

I also understand that if there is special equipment, and/or medication needed to perform this procedure, it will be my responsibility to deliver the equipment to the school in working order and that school personnel will assume no responsibility for the proper maintenance or delivery of the special equipment necessary for this procedure. If medication is needed; I understand that I am solely responsible for supplying the medication to the school and insuring that the medication is up-to-date and not expired. I also understand that I am solely responsible for replacing the medication as required by the student's physician.

También, entiendo que, si se necesita un equipo especial y/o medicamentos para llevar a cabo este procedimiento, será mi responsabilidad entregar diariamente a la escuela el equipo en buen funcionamiento y que el personal de la escuela no asumirá la responsabilidad por el mantenimiento apropiado o por la entrega del equipo especial necesario para este procedimiento. Si se necesitan medicamentos, entiendo que soy el único responsable de proporcionar los medicamentos a la escuela y de asegurar que éstos estén vigentes y no hayan caducado. También, comprendo que, soy el único responsable de reemplazar los medicamentos según como lo requiera el médico del estudiante.

Table with 1 column and 6 rows. Header: List all equipment and/or medication to be supplied by parent/guardian. Sub-header: Enumere todo equipo y/o medicamento que debe proporcionar el padre / tutor legal.

Parent/Legal Guardian (affiant) Signature
Firma del Padre / Tutor Legal (declarante)

Date
Fecha

Signed and sworn (or affirmed) before me on _____ by

_____ He/she is personally known to me
Parent/Legal Guardian (affiant)

or has produced _____ as identification.

Notary Signature

Name of Notary typed, printed or stamped