



Solicitud de Información para Paquete Médico

Apreciado padre/tutor:

1. Complete la solicitud apropiada para la reasignación de estudiante.
2. Complete el formulario de Autorización de divulgación de información médica (incluido en este paquete). Este formulario dará permiso para los registros médicos, para ser revisado, si se considera necesario en el proceso de su solicitud.
3. Pídale a su doctor complete la Declaración Médica sobre la solicitud para reasignación de estudiante.
4. Devuelva todos los documentos a la ubicación indicada en las instrucciones en el formulario de reasignación de estudiantes.

El tiempo del proceso puede ser más largo de lo usual debido al tiempo adicional necesario para revisar las condiciones medicas.

Si tiene preguntas sobre el proceso por favor contacte a el Especilista de Matricula al 704-630-6034.

In compliance with federal law, the Rowan-Salisbury School System administers all education programs, employment activities and admissions without discrimination because of race, religion, national or ethnic origin, color, age, military service, disability, or gender, except where exemption is appropriate and allowed by law.

(De conformidad con la ley federal, el Sistema Escolar Rowan-Salisbury administra todos los programas educativos, actividades de empleo y admisiones sin discriminación por motivos de raza, religión, origen nacional o étnico, color, edad, servicio militar, discapacidad o género, excepto donde la exención es apropiada y permitido por la ley.)

Authorization for Release of Medical Information

(Autorización para la Divulgación de Información Médica)

Date (Fecha): _____

To (Para): Student's physician or medical group *(Médico del estuđinate o grupo medico)*

Name (nombre): _____

Street Address (dirección): _____

City (ciudad): _____ **State (estado):** _____ **Zip:** _____

Phone Number (teléfono): _____

You and any member of this medical group, are authorized to release to the Rowan-Salisbury Board of Education and to a rightfully appointed Enrollment Specialist and/or Superintendent Designee, any and all information which may be requested concerning the physical, mental, emotional or other medical treatment rendered by you regarding:

(Usted y cualquier miembro de este grupo médico están autorizados a divulgar a la Junta de Educación de Rowan-Salisbury y a un Especialista de Matricula y/o Superintendente designado, toda o cualquier información, que pueda ser solicitada con respecto a cualquier tratamiento físico, mental, emocional o cualquier otro tratamiento médico prestado por usted con respecto a:)

(Student's Name) *(nombre del estudiante)*

Cualquier información divulgada se utilizará únicamente para la deliberación en torno a la solicitud de reasignación del estudiante arriba mencionado y para ningún otro propósito. Esta autorización es solamente para la institución y las personas arriba mencionadas. Esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma.

Printed Name of Parent/Guardian *(nombre de padre/tutor)*

Signature of Parent/Guardian *(firma de padre/tutor)*

Signature of Student, if 18 years or older *(firma de estudiante si es mayor de 18 años)*

In compliance with federal law, the Rowan-Salisbury School System administers all education programs, employment activities and admissions without discrimination because of race, religion, national or ethnic origin, color, age, military service, disability, or gender, except where exemption is appropriate and allowed by law.

(De conformidad con la ley federal, el Sistema Escolar Rowan-Salisbury administra todos los programas educativos, actividades de empleo y admisiones sin discriminación por motivos de raza, religión, origen nacional o étnico, color, edad, servicio militar, discapacidad o género, excepto donde la exención es apropiada y permitido por la ley.)

Physician's Statement Regarding School Reassignment Request

Student Name: _____ Date of Birth: _____

The parent/guardian of the above-named student has requested a school reassignment based on medical reasons from:

_____ School to _____ School

Medical Diagnosis: _____	
Please answer the following questions by circling the most appropriate response (1 is lowest-5 is highest):	
Is the problem:	well established < 1 2 3 4 5 > newly diagnosed?
Is the condition:	stable < 1 2 3 4 5 > unstable?
Is the student's ability to be responsible for the care of the problem:	self-sufficient < 1 2 3 4 5 > dependent on adults?
What is your level of medical concern About this child's school assignment:	no or little concern < 1 2 3 4 5 > very concerned?
REQUIRED: Comment on the child's condition and how it affects the school assignment (please print):	

Signature of Physician	Date
Print Name of Physician	

Parent/Guardian: Please return this packet with your transfer application before the deadline. (Padre/tutor: Devuelva este paquete con su solicitud de traslado antes de la fecha límite).

*In compliance with federal law, the Rowan-Salisbury School System administers all education programs, employment activities and admissions without discrimination because of race, religion, national or ethnic origin, color, age, military service, disability, or gender, except where exemption is appropriate and allowed by law.
 (De conformidad con la ley federal, el Sistema Escolar Rowan-Salisbury administra todos los programas educativos, actividades de empleo y admisiones sin discriminación por motivos de raza, religión, origen nacional o étnico, color, edad, servicio militar, discapacidad o género, excepto donde la exención es apropiada y permitido por la ley.)*