

Junta Escolar del Condado de Polk

P.O. BOX 391 BARTOW, FL 33831

*FAX (863) 534-7319

INTERROGATORIO MÉDICO

La Junta Escolar del Condado de Polk, Florida plantea las siguientes preguntas enumeradas del 1 al 10 para el médico del estudiante mencionado arriba, para ser contestadas bajo juramento, de acuerdo con las definiciones establecidas abajo.

DEFINICIONES E INSTRUCCIONES

Al contestar este interrogatorio, favor de proveer toda la información que usted tenga disponible. Si usted no puede contestar el interrogatorio completamente, luego de ejercitar toda la diligencia para asegurar la información, declare y conteste lo mejor posible, especificando su inhabilidad para contestar el resto y estableciendo cualquier información o conocimiento que usted posea concerniente a las porciones no contestadas.

Se debe proveer una contestación separada para cada pregunta, a pesar de que donde el contexto lo permita la pregunta debe contestarse por referencia a la contestación provista a otra pregunta.

Como se usa aquí, los siguientes términos deben tener los significados indicados abajo:

1. Paciente: El estudiante que está siendo tratado o aconsejado.
2. Escuela Asignada: La escuela a la cual el estudiante ha sido asignado por la acción de la Junta Escolar
3. Traslado: Petición para asistir a una escuela que no es la escuela asignada.
4. Condiciones: Aspectos físicos o del programa que pueden tener un efecto físico en su paciente.
5. Conocimiento Personal: Conocimiento ganado a través de observación personal.
6. Información Privilegiada: En el evento de que una audiencia de interrogatorio pida información que se considera privilegiada, por completo o en parte, la información debe ser identificada lo mejor posible en consistencia con el reclamo de dicho privilegio y el médico debe establecer la naturaleza del privilegio reclamado y especificar las bases por las cuales se reclama dicho privilegio.

Por _____

Susan Conner, Especialista de Asignación de Estudiantes

Tura Smith, Especialista de Asignación de Estudiantes

de Teléfono (863) 519-3925

PREGUNTAS

1. Favor de indicar su nombre y la dirección de su negocio.
2. ¿Dónde está usted licenciado?
3. ¿Ha sido su licencia o certificación suspendida o terminada en alguna ocasión?
4. Describa su práctica o posición profesional actual.
5. Favor de anotar el nombre del estudiante y la fecha de nacimiento.
6. ¿Es su opinión de la escuela involucrada basada solamente en lo que otros le han dicho a usted?
7. ¿Tiene usted algún conocimiento personal de la instalación escolar, el personal o el programa de la escuela asignada?
8. Basado en su conocimiento personal y su punto de vista médico, ¿qué condiciones de la escuela asignada no llenan las necesidades de su paciente o serían perjudiciales al bienestar médico de su paciente?

9. Basado en su conocimiento personal y su punto de vista médico, ¿que detalles o aspectos de la escuela a la cual usted recomienda que su paciente sea trasladado son superiores para las necesidades de su paciente?
10. Describa aspectos del tratamiento que usted está dando a su paciente, si alguno.
11. ¿Qué drogas o medicinas ha recetado a su paciente, si alguna?

Firma del Médico

Número de Teléfono

STATE OF _____

COUNTY OF _____

SWORN TO AND SUBSCRIBED before me on this _____ day of

_____, 20____, by _____

Personally known to me to be the person who executed the foregoing interrogatories and acknowledged before me that the answers are true and correct.

Notary Public
Seal and Expiration Date: