

AUTORIZACIÓN PARA EMERGENCIAS MÉDICAS

PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN: Para que los padres o protectores de oficio de los estudiantes AUTORICEN tratamiento en casos de emergencia cuando su hijo(a) se enferma o se lastima a fin de que reciba tratamiento urgente cuando está bajo el mando de la autoridad escolar y dicha autoridad no se puede comunicar con los padres. Después de que los padres llenen los espacios que ahora aparecen en blanco en este formulario deberán devolverlo a la autoridad en la escuela. El original y todas las copias del mismo podrán utilizarse con el fin de identificar las alternativas que tiene el padre o madre que firma este documento.

Distrito Escolar Edificio Escolar Maestro/a de la sala central del estudiante Grado escolar

Nombre Completo del Estudiante _____
Apellido(s) Nombres/Inicial Numero del Seguro Social

Domicilio del Estudiante _____
Calle/Camino Casilla Postal/Apto No. Ciudad Zona Postal

Fecha de Nacimiento del Estudiante _____ Tel. () _____

Nombre Completo de la Madre _____ Tel. de día () _____

Nombre Completo del Padre _____ Tel. de día () _____

Protector/a de oficio o niñera del/la menor _____ Tel. de día () _____

Dirección del/la/protector/a/de oficio o de la niñera del/la/menor _____

Calle/Camino Casilla Postal/No. de Apto. Ciudad Zona Postal

SUPLENTES PARA CASOS DE EMERGENCIA (Personas locales con quien comunicar si no se puede comunicar con los padres)

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Seguro del Estudiante _____ Nombre del Subscriptor _____
Numero del Identificació _____

PARA OTORGAR SU CONSENTIMIENTO

En el caso de emergencia que le ocurra a mi hijo/a y no se pueden comunicar conmigo, por la presente otorgo mi consentimiento con el fin de que transporten a mi hijo/a al local de los proveedores de atención médica y al hospital que consta a continuación y autorizo que dichos proveedores y personal del hospital le den toda atención médica razonable y auxilio de salud que acostumbran dar y que éstos consideren sea necesario:

Médico _____ Teléfono () _____

Dentista _____ Teléfono () _____

Enfermera de Oficio/Ayudante de Médico _____ Teléfono () _____

Hospital _____ Teléfono () _____

Si, por cualquier motivo, no es posible comunicar con los proveedores cuyos nombres aparecen más arriba, por la presente autorizo el transporte adecuado y que un proveedor de atención médica, personal de hospital o instalación de servicios médicos adecuados le dé la atención médica a mi hijo/a. Esta autorización no cubre la cirugía de nivel grave, salvo que otro médico/dentista esté de acuerdo que la necesita.

Ninguna disposición en esta sección será interpretada al efecto de que impondrá responsabilidad civil a cualquiera de los oficiales o empleados escolares quienes, de buena fe, tratan de cumplir con las disposiciones que constan en esta sección del presente documento. Queda entendido que yo seré la persona que tendrá la obligación de pagar todo tipo de atención médica.

Firma del Padre/Madre/Protector/a de Oficio _____ Fecha _____

-Termine de llenar los espacios en blanco al dorso de esta página-

DATOS RELACIONADOS CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS DEL (DE LA) MENOR QUE SE DEBERÁN PONER AL CONOCIMIENTO DEL MÉDICO

Sírvase indicar se el estudiante ha recibido o actualmente está recibiendo tratamiento para cualquiera de las enfermedades o trastornos a continuación:

Indique el año o la edad que tenía el/la menor cuando padeció de la enfermedad o del trastorno.

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Meningitis
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza Migraña
<input type="checkbox"/> Trastornos del Oído: (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Debilidad Muscular o Parálisis
<input type="checkbox"/> Trastornos Emocionales: (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Trastornos Sanguíneos: (tipo) _____
<input type="checkbox"/> Ataques repentinos	<input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial
<input type="checkbox"/> Trastornos del Corazón: (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas: (tipo) _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis: (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Vacuna Contra el Tétano: (fecha) _____
<input type="checkbox"/> Otra: _____	

¿Alergias? _____

¿Reacciones a la Medicina o a las Inyecciones de vacunas? _____

Hospitalizado(a) debido a enfermedad grave, cirugía o accidentes? _____

¿Usa lentes de contacto? Sí _____ No _____

¿Medicamentos a largo plazo? _____

Alguna vez, le han informado a Ud. el/la menor necesita terapia de anticuerpos antes de que le den tratamiento dentario?

 Sí _____ No _____

Si responde *Sí*, Identifique la terapia que el/la menor requiere _____

Sírvase agregar cualquier trastorno físico/mental o enfermedad que no aparece en la lista

Notas: