



Dexter Consolidated Schools

FORMA DE AUTORIZACION DE EMERGENCIA MÉDICA

Propósito: Para que los padres o guardián legal del estudiante AUTORIZEN tratamiento de emergencia cuando su hijo/a se enferma o se lastima cuando esta bajo el mando de la autoridad escolar y dicha autoridad no se pueda comunicar con los padres. Al llenar esta forma, los padres deberán devolverla a 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.

Nombre completo del estudiante _____ **Grado** _____
(Apellido) (Nombre)

Dirección de **Correo** del estudiante _____

Dirección **de Casa** del estudiante _____
Numero de Teléfono de casa _____ Fecha de Nacimiento del estudiante _____ Edad _____

Nombre Completo de la Madre _____ Teléfono (cell/trabajo) _____

Nombre complete del Padre _____ Teléfono (cell/trabajo) _____

Guardián _____ Teléfono (cell/trabajo) _____

El estudiante vive con _____

Correo electrónico del Padre/Guardian _____

SUPLENTE EN CASO DE EMERGENCIA (Personas locales con quien comunicarse si no se puede comunicar con los padres)

1. **Nombre** _____ Parentesco _____ Teléfono _____

2. **Nombre** _____ Parentesco _____ Teléfono _____

3. **Nombre** _____ Parentesco _____ Teléfono _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Seguro Medico _____

Nombre del Subscriptor _____

Numero de Identificación o Grupo _____

En caso de emergencia que le ocurra algo a mi hijo/a y no se puedan comunicar conmigo, por la presente otorgo mi consentimiento con el fin de que transporten a mi hijo/a a los siguientes proveedores y/u hospital, y autorizo que dichos proveedores y personal de hospital le den toda atención medica razonable y auxilio de salud que acostumbran dar y que estos consideren sea necesario.

Doctor _____ **Teléfono** _____

Dentista _____ **Teléfono** _____

Hospital _____ **Teléfono** _____

Si, por cualquier motivo, no es posible comunicarse con los proveedores antes mencionados, por la presente autorizo el transporte adecuado y que un proveedor de atención medica, personal de hospital o instalación de servicios médicos adecuados le de la atención medica a mi hijo/a. Esta autorización no cubre la cirugía de emergencia, al menos que otro doctor/dentista este 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 de presente documento. Queda entendido que yo seré la persona que tendrá la obligación de pagar todo tipo de atención medica.

Firma del Padre/Guardián _____ **Fecha** _____

DATOS RELACIONADOS CON LOS ANTECEDENTES MEDICOS DE SU HIJO/A QUE SE DEBERA PONER AL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Por favor indique si el estudiante ha recibido o actualmente recibe tratamiento para cualquiera de las siguientes condiciones:

Indique el año o la edad que su hijo/a cuando padeció de la enfermedad o del trastorno.

| <u>CONDICION</u> | <u>FECHA EN QUE OCURRIO</u> |
|---|------------------------------------|
| ___ Problemas de la visión, lentes/contactos | _____ |
| ___ Asma | _____ |
| ___ Usa inhalador | _____ |
| ___ Diabetes | _____ |
| ___ Problemas del oído | _____ |
| ___ Problemas emocionales | _____ |
| ___ Ataques repentinos | _____ |
| ___ Problemas del corazón | _____ |
| ___ Hepatitis | _____ |
| ___ Meningitis | _____ |
| ___ Migraña | _____ |
| ___ Debilidad muscular o parálisis | _____ |
| ___ Trastornos sanguíneos | _____ |
| ___ Alta Presión | _____ |
| ___ Enfermedades Infecciosas | _____ |
| ___ Vacuna contra el Tétano (fecha) | _____ |
| ___ Alergias temporales | _____ |
| ___ Alergias al Medio Ambiente | _____ |
| ___ Reacciones alérgicas (medicinas) | _____ |
| ___ Discapacidad | _____ |
| ___ Hospitalizado debido a enfermedad grave, cirugía o accidentes | _____ |