FORMA DE AUTORIZACION DE EMERGENCIA MÉDICA

Propósito: Para que los padres o tutor 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** _____

Dirección **de Correo** del Estudiante _____

Dirección **de Casa** del Estudiante _____

Teléfono De Casa _____ Fecha de Nacimiento del Estudiante _____ Edad ____

Nombre Completo de la Madre _____ Tel. (celular/trabajo) _____

Nombre Completo del Padre _____ Tel. (celular/trabajo) _____

Tutor _____ Tel. (celular/trabajo) _____

El Estudiante Vive con _____

Correo Electrónico del Padre/Tutor _____

SUPLENTES EN CASO DE EMERGENCIA (Personas locales mayor de 18 años 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/Tutor _____ **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.

CONDICIÓN	FECHA EN QUE OCURRIO
____ 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	_____