FORMA DE AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA SY Página 1 de 2

Propósito: Autorizar el tratamiento de emergencia para los niños que se ponen enfermos bajo la autoridad de la escuela, cuando no se puede localizar a los padres. Este formulario se puede usar para identificar las opciones médicas del padre abajo firmante. **LA INFORMACIÓN MÉDICA ES CONFIDENCIAL Y EN PODER DE NUESTRO JEFE ADMINISTRATIVO DE LA ESCUELA. ESCRIBA POR FAVOR CLARAMENTE EN TINTA NEGRA.**
87518

Nombre completo del estudiante _____Apellidos:_____
Fecha de nacimiento / / F / M (encierre en un círculo) Grado _____
Teléfono celular del estudiante # _____Correo electrónico del Estudiante_____

Nombre de la madre _____ Apellido: _____
Dirección _____ _____Apto #_____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa _____Teléfono de Trabajo _____
Teléfono Celular_____ Correo Electrónico_____
Empleador _____

Nombre del Padre_____ Apellido: _____
Dirección _____ _____Apto #_____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa _____Teléfono de Trabajo _____
Teléfono Celular_____Correo Electrónico_____
Empleador _____

Dos contactos de emergencia que no se encuentran en la lista anterior (del padrastro, abuelo, amigo de la familia de confianza,etc.)

Nombre_____ Apellido _____
Dirección de la ciudad _____
Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____
Teléfono Celular_____ Relación con el estudiante _____

Nombre_____ Apellido _____
Dirección de la ciudad _____
Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____
Teléfono Celular_____ Relación con el estudiante _____

FORMA DE AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Página 2

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____Apellido_____ Grado_____

HISTORIAL Y CONDICIONES MÉDICAS: Indique si su hijo ha recibido, o está actualmente bajo, tratamiento para cualquiera de las siguientes condiciones. Indique la descripción y la fecha de la enfermedad o problema médico al que debe alertarse al personal médico de emergencia y a la enfermera de la escuela:

ASMA_____ HEPATITIS_____
ALERGIAS_____ PRESIÓN ARTERIAL ALTA_____
ENFERMEDADES DE LA SANGRE_____ ENFERMEDADES INFECCIOSAS_____
DIABETES_____ MENINGITIS_____
PROBLEMA AUDITIVO/OIDO_____ DOLORES DE CABEZA MIGRAÑA_____
PROBLEMAS EMOCIONALES_____ DEBILIDAD MUSCULAR / PARÁLISIS: _____
PROBLEMAS DEL CORAZÓN_____ ATAQUES_____
REACCIONES A CUALQUIER MEDICAMENTO O VACUNACIÓN
_____
MEDICAMENTOS ACTUALES O DE LARGO PLAZO (enumere)
_____
CUALQUIER HOSPITALIZACIÓN, ENFERMEDAD GRAVE O ACCIDENTE
_____
¿LENTES DE CONTACTO? Sí / No PROBLEMAS DE OJO _____ FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA CONTRA EL TÉTANO _____
¿HA SIDO INFORMADO DEL USO DE ANTIBIÓTICO ANTES DEL TRATAMIENTO DENTAL? Sí / No

MÁS DETALLES O COMENTARIOS MÉDICOS NO INCLUIDAS ANTERIORMENTE (use el reverso de la página si es necesario)

§504 Divulgación de discapacidad: Creo que mi hijo (a) tiene una discapacidad que lo califica para ciertos servicios según §504 y solicito una revisión de su caso. Cuando supuso de la discapacidad de su hijo (a):_____

INFORMACION SEGURO MEDICO O INFORMACIÓN DE MEDICAID Verificar si no hay seguro _____
Compañía de seguros _____ ID # _____ ¿Bajo qué nombre esta del padre o de la madre?_____ _____

PARA OTORGAR CONSENTIMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA
En caso de una emergencia que involucre a mi hijo y no me puedan contactar, doy mi consentimiento para transportar a mi hijo a
seguir a los proveedores de atención médica y hospitales, y autorizar a estos proveedores y hospitales a dar cualquier información razonable y
atención médica y de salud habitual que se considere necesaria:
Doctor _____ Teléfono: _____
Dentista _____ Teléfono: _____
Enfermera practicante / Asistente médico_____ Teléfono:
Hospital _____ Teléfono: _____

Si, por alguna razón, el médico y hospital indicado no se localizan, yo autorizo el transporte apropiado y atención médica de mi hijo a cualquier proveedor de atención médica, hospital o centro médico apropiado. Esta autorización no cubre una cirugía mayor a menos que otro médico / dentista estén de acuerdo que existe una necesidad.

Nada en esta sección se interpretará como imponer responsabilidad a ningún funcionario escolar o empleado escolar.

Nombre impreso del Padre / Tutor _____
Firma _____Fecha: _____