

Formulario de Autorización para Emergencias Médicas

Emergency Medical Authorization Form

Complete el siguiente formulario y devuélvalo a su escuela.

Fill out the form below and return it to your child's school.

Nombre del Estudiante/Student's Name: _____ No. de Identificación/ ID#: _____ Aula/Homeroom: _____
Fecha de Nacimiento/Birth Date: _____ Escuela/School: _____ Grado/Grade: _____
Año/year: _____ Dirección del Estudiante/Student's Address: _____ Apto./Apt.: _____
Teléfono/Telephone: () _____ Ciudad/City: _____ Estado/State: _____ Código Postal/Zip: _____

Propósito – permitir a los padres y tutores autorizar el servicio de atención médica de emergencia para los niños que se enfermen o lastimen mientras se encuentran bajo la autoridad de la escuela cuando los padres o tutores no se puedan localizar.

Purpose — To enable parents and guardians to authorize the provision of emergency treatment for children who become ill or injured while under school authority, when parents or guardians cannot be reached.

Padres o Tutores Residenciales/Residential Parent or Guardian

Nombre de la madre/Mother's Name: _____ Teléfono durante el día/Daytime Phone () _____
Nombre del padre/Father's Name: _____ Teléfono durante el día/Daytime Phone () _____
Otro Nombre/Other Name: _____ Teléfono durante el día/Daytime Phone () _____
Nombre del familiar/persona que brinda el cuidado infantil/Name of Relative or Child-care Provider: _____
Relación/Parentesco/Relationship: _____ Teléfono durante el día/ Daytime Phone () _____
Dirección/Address: _____ Código Postal/Zip: _____

DEBE COMPLETAR LA PARTE I ó II

PART I or II MUST BE COMPLETED

Parte I: Autorización. El aquí firmante autorizo a llamar a los siguientes proveedores médicos y al hospital local:

PART I: TO GRANT CONSENT. I hereby give consent for the following medical-care providers and local hospital to be called:

Doctor/Physician: _____ Teléfono/Phone: () _____
Dentista/Dentist: _____ Teléfono/Phone: () _____
Médico Especialista/Medical Specialist: _____ Teléfono/Phone: () _____
Hospital Local/Local Hospital: _____ Teléfono Sala de Emergencia/Emergency Room Phone: () _____

En el caso que diferentes intentos para localizarme resulten infructuosos, el aquí firmante autorizo a (1) la administración de cualquier tratamiento que sea considerado necesario por los doctores arriba mencionados o por cualquier otro doctor o profesional de la medicina, dentista, en el caso que los especialistas solicitados no se encuentren disponibles o localizables; y (2) el traslado de mi hijo(a) a cualquier hospital que esté razonablemente accesible. La presente autorización no cubre cirugías mayores a menos que las opiniones médicas de otros dos médicos o dentistas titulados y que soliciten dicha cirugía, sean obtenidas antes que dicha cirugía se lleve a cabo.

In the event reasonable attempts to contact me have been unsuccessful, I hereby give my consent for (1) the administration of any treatment deemed necessary by above-named doctors, or, in the event the designated preferred practitioner is not available, by another licensed physician or dentist; and (2) the transfer of my child to any hospital reasonably accessible. This authorization does not cover major surgery unless the medical opinions of two other licensed physicians or dentists, concurring in the necessity for such surgery, are obtained prior to the performance of such surgery.

Historial médico de mi hijo(a) en lo referente a alergias, medicamentos usados o cualquier impedimento físico que cualquier médico debe conocer./Facts concerning my child's medical history, including allergies, medications being taken, and any physical impairments to which a physician should be alerted:

Fecha/Date: _____ Firma del Padre/Madre o Tutor/ Signature of Parent/Guardian: _____
Dirección/Address: _____ Código Postal/Zip: _____

Parte II: NEGATIVA A OTORGAR CONSENTIMIENTO NO doy mi autorización para el tratamiento de emergencia médica para mi hijo(a). En el caso que una enfermedad o una lesión requieran tratamiento médico de emergencia, deseo que la escuela tome la siguiente acción:

PART II: Refusal To Grant Consent I do NOT give my consent for emergency medical treatment of my child. In the event of illness or injury requiring emergency treatment, I wish the school to take the following action:

Firma del Padre/Madre o Tutor/ Signature of Parent/Guardian: _____ Fecha/Date: _____
Dirección/Address: _____ Código Postal/Zip: _____