

Patrick Henry Local Schools
FORMULARIO DE AUTHORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

de Autobús: _____

Paseante

Pasajero de Carro

Conductor de Carro

Nombre de Estudiante _____
 (Escriba con letra de imprenta) Apellido Nombre de Pila I.M

Escuela _____ Grado _____

Dirección del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Para permitir a los padres y tutores legales para autorizar la provisión de tratamiento de emergencia para los niños que se ponen enfermo o herido mientras bajo de la autoridad escolar, cuando no si fuera posible comunicarnos con los padres o tutores legales. Esta información será compartido como sea necesario, con maestros/profesores, conductores de autobús, personal administrativo, personal de salud, incluyendo los estudiantes de enfermería, y otro personal escolar.

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Enumere los nombres en el orden que deben ser contactado si no fuera posible comunicarnos con los padres o tutores legales.

Marque la casilla si Padre Residencial	Nombre/Relación	Número de Teléfono de Casa	Número de Teléfono Móvil	Número de Teléfono del Trabajo Marque la casilla si podemos contactarse en el trabajo
Padre <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Pare <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Contacto de Emergencia #1				<input type="checkbox"/>
Contacto de Emergencia #2				<input type="checkbox"/>

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE: _____

Es extremadamente importante que proporcione cualquier la historia clínica pertinente o información sobre condiciones actuales que pueden afectar a su hijo en la escuela:

Información Clínica:

Medicaciones:

Alergias:

PARTE I O PARTE II DEBE SER COMPLETADO:

Parte 1: Conceder el Consentimiento

Por la presente, concedo el consentimiento por los siguientes proveedores de cuidado médico y hospital local serán llamado:

Doctor: _____

Número de Teléfono: _____

Dentista: _____

Número de Teléfono: _____

Hospital Local/Sala de Emergencia: _____

En el evento que los intentos razonables no han tenido éxito, por lo presente, concedo mi consentimiento para: **1.** El administración de cualquier tratamiento que se considere necesario por los doctores antes nombrados, o en el evento el médico nombrado no está disponible, por otro doctor autorizado o dentista; **2.** El traslado del niño a cualquier hospital que es razonablemente accesible. Esta autorización no cubre la cirugía mayor a menos que las opciones de dos otros médicos autorizados o dentistas, coincidan en la necesidad de tal cirugía, se obtienen antes de una realización de tal cirugía.

Firma de Padre/Tutor Legal

Fecha

Parte 2: Negativa de Consentir

Yo **NO** concedo el consentimiento para tratamiento médica de emergencia de mi hijo. En el evento de enfermedad o herida que requiere tratamiento de emergencia, deseo que las autoridades escolares tomen las siguientes medidas:

Firma de Padre/Tutor Legal

Fecha