

**Distrito Escolar de la Ciudad de Hamilton
Forma de Autorización para Emergencia Medica**

Por favor al completar esta forma use bolígrafo y escritura de molde o máquina de escribir. Esta forma tiene que llenarla cada año y regresarla a la escuela lo mas pronto posible.

Nombre del estudiante _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Escuela _____ Grado _____

Correo Electronico _____

Propósito: Posibilita a los padres y guardianes dar autorización del suministro de atención medica en caso que el niño(a) se enferme o se accidente cuando este bajo el cuidado de las autoridades escolares, y la escuela no pueda ponerse en contacto con los padres o guardianes.

✓ **Primer Contacto:**

Nombre de la Madre _____ Teléfono durante el día _____

Nombre del Padre _____ Teléfono durante el día _____

Nombre de otra Persona _____ Teléfono durante el día _____

Nombre de un familiar o niñera _____ Relación con el niño(a) _____

Dirección _____ # de Teléfono _____

COMPLETE LA PARTE 1 O LA PARTE 2 SOLAMENTE

PARTE 1: <u>PARA DAR</u> CONSENTIMIENTO:	
Doctor _____	Teléfono _____
Dentista _____	Teléfono _____
Médico Especialista _____	Teléfono _____
Hospital Local _____	Sala de Emergencia _____
<p>En caso de intentar entablar contacto conmigo sin resultado alguno, Yo doy mi consentimiento para (1) la administración de cualquier Tratamiento que los doctores antes mencionados consideren necesario, y en caso de que estos doctores no se encuentren disponibles, Por cualquier otro doctor o dentista titulado, y (2) el de transportar a mi hijo (a) a cualquier hospital razonablemente accesible.</p> <p>Esta autorización no cubre cirugías serias, a menos que la opinión médica de dos o más doctores o dentistas titulados coincidan en la necesidad de tal cirugía. Opinión obtenida antes de practicar la operación.</p> <p><u>IMPORTANTE:</u> Resumen de datos esenciales con respecto a la historia médica de su hijo (a), incluyendo alergias, medicinas que está tomando, cualquier problema físico que el doctor necesita estar informado.</p>	
Firma del Padre de Familia / Guardián _____	Fecha _____

PARTE 2: <u>NEGARSE A DAR</u> CONSENTIMIENTO:	
<p>Yo no doy mi consentimiento para mi hijo (a) reciba tratamiento médico en caso de emergencia. En caso de enfermedad o algún accidente que requiera atención médica de emergencia, Yo le pido a las autoridades escolares que hagan lo siguiente:</p>	
Firma del Padre de Familia / Guardián _____	Fecha _____

Restricciones de Custodia: (Estas personas requieren presentar tarjeta de identificación.)

Adultos con permiso de recoger a mi hijo (a):

1. _____ 2. _____ 3. _____

Teléfono _____ Teléfono _____ Teléfono _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Teléfono _____ Teléfono _____ Teléfono _____

Estas personas no tienen permiso de recoger a mi hijo(a):

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____