

Fecha \_\_\_\_\_

**2018-2019**

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

(Requerido por HB 639)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PADRES (información necesaria para ambos padres)**

**Madre Biológica**/Padres Adoptivos/Tutor Legal

**Padre Biológico**/Padres Adoptivos/Tutor Legal

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código \_\_\_\_\_

Móvil # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Móvil # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_

¿Existe una orden legal de custodia que se aplica a este niño? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor expliquen quién tiene la custodia: \_\_\_\_\_

*Propósito - Para permitir a los padres y tutores autorizar la provisión de tratamiento de emergencia para los niños que se enferman o que se lastiman mientras están bajo la autoridad de la escuela, cuando los padres o tutores no pueden ser contactados. Por favor liste (3) tres contactos, sin incluir los contactos anteriores, a los cuales usted da permiso para recoger a su hijo **de la escuela en caso de enfermedad o emergencia. En una situación de emergencia, nos pondremos en contacto con las personas que se enumeran a continuación en el orden en que aparecen en la lista.***

**(Información requerida)**

Nombre	Casa #	Móvil #	Trabajo #	Relación con el/la niño(a)
1. _____ ( )	_____ ( )	_____ ( )	_____ ( )	_____
2. _____ ( )	_____ ( )	_____ ( )	_____ ( )	_____
3. _____ ( )	_____ ( )	_____ ( )	_____ ( )	_____

**PARTE I O PARTE II DEBE SER COMPLETADA**

**PARTE I – DAR CONSENTIMIENTO**

Por la presente doy mi consentimiento para que los siguientes proveedores de atención médica y el hospital local sean notificados:

Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Especialista médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital local: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de que los intentos razonables de ponerse en contacto conmigo hayan sido infructuosos, por la presente doy mi consentimiento para (1) la administración de cualquier tratamiento considerado necesario por el médico antes mencionado o, en caso de que el médico preferido no esté disponible, por otro médico o dentista con licencia; Y (2) la transferencia del niño a cualquier hospital razonablemente accesible.

Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que se obtengan las opiniones de dos (2) otros médicos o dentistas licenciados que concurran en la necesidad de tal cirugía antes de la realización de dicha cirugía.

Hechos concernientes al historial médico del niño, incluyendo alergias, medicamentos que se toman y cualquier impedimento físico al cual un médico debe ser alertado:

Firma del Padre/Tutor/Studente Auto Suficiente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**PARTE II – NEGAR CONSENTIMIENTO**

**NO** doy mi consentimiento al tratamiento médico de emergencia de mi hijo. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, deseo que las autoridades de la escuela tomen las siguientes medidas:

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_