

Formulario de Autorizacion Medica de Emergencia ORC3313.712 Ano Escolar 2011-2012

El propósito de este formulario es que los padres y tutores a autorizar la prestación de tratamiento médico de emergencia para un niño que se convierte en enfermos o heridos mientras bajo autoridad de la escuela cuando no se llega a los padres o tutores.

Nombre del estudiante: _____ **Grado:** _____ **Escuela:** _____

Contactos de Emergencia

Lista en orden cómo contactos deben hacerse en el evento de una emergencia, disciplina, asistencia, etc. Los padres incluyen usted mismo en la lista de contactos de emergencia. (Incluir número de teléfono de trabajo).

Padre/madre/tutor

Nombre _____
Relacion _____
Domicilio _____
Durante el dia/Telefono de trabajo _____
Telefono celular _____
Lugar de trabajo _____

Segundo contacto

Nombre _____
Relacion _____
Domicilio _____
Durante el dia/Telefono de trabajo _____
Telefono celular _____
Lugar de trabajo _____

Tercero Contacto

Nombre _____
Relacion _____
Domicilio _____
Durante el dia/Telefono de trabajo _____
Telefono celular _____
Lugar de trabajo _____

Pongase en contacto con cuarto

Nombre _____
Relacion _____
Domicilio _____
Durante el dia/Telefono de trabajo _____
Telefono celular _____
Lugar de trabajo _____

Parte I y II se han de rellenar

Parte I de otorgar el consentimiento fundamentado

Queda dar su consentimiento para los siguientes proveedores de atención médica y el hospital local a llamarse.

Doctor	_____	Telefono	_____
Dentista	_____	Telefono	_____
Medico Especialista	_____	Telefono	_____
Hospital Local	_____	Seguros	_____

En el caso de los intentos razonables para ponerse en contacto conmigo no han tenido exito, doy mi consentimiento para que: (1) la administracion de cualquier tratamiento que se considere necesario, antes mencionado medico o por otro medico o dentista (siempre que el medico designado o dentista no esta disponible), y (2) la transferencia del nino a cualquier hospital razonablemente accesible.

Esta autorizacion no cubre cirugia mayor a menos que la opinion medica de dos a medicos de otros o al dentista, coincidiendo en la necesidad de dicha cirugia, se obtienen antes de la realizacion de dicha cirugia.

Hecnos relacionados con la historia clinica del nino incluyendo alergias, medicamentos que esta tomando, y cualquier deterioro fisico al que un medico debe estar alerta: _____

Esta informacion puede ser compartida con el personal de la escuela si es pertinente a la salud de mi hijo y la seguridad, el progreso educativo, y / o control de la conducta.

Firma: Padre/Tutor _____ Fecha: _____

Parte II Por no otorgar el consentimiento fundamentado

NO DOY PERMISO para tratamiento medico de emergencia para mi hijo. En caso de enfermedad, o en caso de enfermedad o lesion que requiera tratamiento de emergencia, yo deseo de las autoridades escolares tomen las siguientes medidas: _____

Firma: Padre Guardian _____ Fecha: _____

Ciudad Norwood Distrito Escolar de permiso para los viajes de campo

Este formulario sirve para obtener permiso de los padres para que su hijo y los niños puedan participar en viajes de campo de la Junta de educación. Este permiso será para todo el año escolar. El profesor de aula será responsable de notificar a los padres antes a todos los viajes de campo.

Permiso para mi hijo _____ ir en viajes de campo bajo la supervisión de un miembro del personal profesional escuela Norwood. Los padres se notificará antes a todos los viajes de campo durante el año escolar de 2010-2011.

Padre/Tudor: _____ Fecha: _____ 3/3/11