

# AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA / DENTAL

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

**PROPÓSITO:** Para un ambiente escolar más seguro, padre (s) y guardián (es) autorizan que proveamos tratamiento médico / dental de emergencia para los niños que puedan enfermarse o lesionarse mientras están bajo la autoridad de la escuela, cuando el padre (s) o guardián (es) no puedan ser localizados. **Su hijo no podrá asistir a ningún paseo asta que este formulario sea completado y entregado a la escuela.**

Yo / nosotros, el padre (s) y el guardián (s) de \_\_\_\_\_, un estudiante en el Distrito Escolar de Beloit, doy autorización y dirijo al director o a su designado a proveer a mi hijo (a) en el caso de algún accidente, lesión o enfermedad, inmediata asistencia médica, quirúrgico o dental; siempre y cuando se haga hecho un esfuerzo diligente para notificarme de la situación, y obtener mis preferencias llamándome a:

---

Nombre del Padre / Guardián	Teléfono de la casa	Teléfono Celular
-----------------------------	---------------------	------------------

---

Nombre del Padre / Guardián	Teléfono de la casa	Teléfono Celular
-----------------------------	---------------------	------------------

Si tales esfuerzos para ponerse en contacto conmigo no fueron posibles, Yo/nosotros autorizamos al director, o su designado(a), a transportar a mi hijo a la sala de emergencia del sistema de salud de Beloit o centro de emergencias más cercano, o llamar a los paramédicos, si el director o su designado(a) lo cree justificado. En el hospital, el niño recibirá tratamiento y la atención de un profesional médico apropiadamente licenciado. Entiendo que el Distrito Escolar de Beloit no puede asumir la responsabilidad de los gastos médicos de mi hijo. Estoy de acuerdo en asumir esa responsabilidad y pagar dichos gastos incurridos en relación con una emergencia medica.

**A CONTINUACIÓN MARQUE CUALQUIER condición de salud actual que pueden requerir atención DURANTE EL DÍA ESCOLAR. POR FAVOR INCLUYA las medicinas recetadas, y sin receta, o herbales que esté tomando. INDIQUE TODO LO QUE CORRESPONDA, AUNQUE LO HAYA INCLUIDO EN FORMAS ANTERIORES.**

**ALERGIAS (SEA ESPECÍFICO)**

**ALIMENTOS** \_\_\_\_\_ **REACCIÓN** \_\_\_\_\_

**PICAZÓN DE ABEJA O PICADURAS DE INSECTOS** \_\_\_\_\_ **REACCIÓN** \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS** \_\_\_\_\_ **REACCIÓN** \_\_\_\_\_

**AMBIENTAL / ESTACIONAL** \_\_\_\_\_ **REACCIÓN** \_\_\_\_\_

**OTRAS (ANIMALES/LÁTEX** \_\_\_\_\_ **REACCIÓN** \_\_\_\_\_

**SU HIJO REQUIERE UN EPIPEN PARA SU REACCION ALERGICA?**  SÍ  No

**ASMA**

**MI HIJO USA SU INHALADOR:**  DIARIO  SEMANAL  MENSUAL  TEMPORALMENTE  SOLAMENTE CON EJERCICIO

**¿MI HIJO/A NO A USADO MEDICAMENTO PARA SU ASMA EN EL ULTIMO AÑO?**  SÍ  No

**DIABETES: DEPENDE EN INSULINA**  SI  NO

**SI SUFRE DE CONVULSIONES: FECHA DE LA ULTIMA CONVULSION:** \_\_\_\_\_

**CONDICIÓN CARDIACA (CORAZÓN), MI HIJO TIENE:**  MURMULLO  ENFERMEDAD DEL CORAZON

**OTRAS CONDICIONES DE SALUD (ADHD, AUTISMO, ENFERMEDAD DE LA SANGRE, ECT..) POR FAVOR INDIQUE:**

---

**MEDICAMENTOS que esté tomando actualmente:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / ENFERMERA PRACTICANTE de mi hijo(a):** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**DENTISTA PREFERIDO para mi hijo(a):** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**OPCIONAL: Está su hijo inscrito en un plan de seguro médico (privado, Medicaid, Badgercare, Otros):**  SÍ  NO

**Firma del Padre / Guardián Legal:** \_\_\_\_\_ **fecha:** \_\_\_\_\_