

AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA/DENTAL

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono de casa: _____

Escuela: _____ Grado: _____

PROPÓSITO: Para un ambiente escolar seguro, los padres y guardianes autorizarán las provisiones de tratamiento médico y dental de emergencia para niños que se enfermen o se lastimen mientras están bajo la autoridad de la escuela cuando los padres o guardianes no pueden ser notificados.

Yo/Nosotros los padres/guardianes de _____, un estudiante en el Distrito Escolar de Beloit, por medio de ésta forma, autorizamos y pedimos que el principal o su designado provean por mi hijo/hija en el evento de que el niño/niña pueda tener un accidente, injuria, o enfermedad cuando cuidado médico, quirúrgico, o dental inmediato sea necesario, y que también primero se haga un esfuerzo diligente de notificarme de la situación, y obtener mis preferencias llamándome al:

Nombre del padre/guardián	Número de teléfono	Celular	Bíper
_____	_____	_____	_____
Nombre del padre/guardián	Número de teléfono	Celular	Bíper

Si tales esfuerzos para ponerse en contacto conmigo no son exitosos, yo/nosotros autorizamos que el principal o su designado transporten a mi hijo/hija al cuarto de emergencia del hospital Beloit Memorial o al lugar de emergencia más cercano, o que llamen a los paramédicos, si el principal o su designado piensa que tal acción sea necesaria. En el hospital, el niño/niña recibirá tratamiento y cuidado por un profesional médico licenciado.

POR FAVOR APUNTE ABAJO INFORMACION MEDICA ESPECIFICA, INCLUYENDO MEDICAMENTOS PRESENTEMENTE TOMADOS, CUALQUIER ALERGIAS (SEA A COMIDA, MEDICINAS, ANIMALES, INSECTOS/ABEJAS, O CUALQUIER OTRA ALERGIA), Y CONDICIONES DE SALUD DE LAS QUE LAS ENFERMERAS Y EL PERSONAL DE LA ESCUELA DEBEN SER INFORMADOS. POR FAVOR INCLUYA TODO LO QUE LE APLIQUE A USTED, INCLUSO SI YA LAS HA REPORTADO EN OTRAS FORMAS.

Condiciones de Salud: _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

¿Causaría un animal dentro del salón problemas médicos para su niño/niña? Sí _____ No _____

Por Favor Explique: _____

DOCTOR PREFERIDO para mi hijo/hija: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

DENTISTA PREFERIDO para mi hijo/hija: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha: _____