School District of Beloit

thinkingbeyondnow
we are tomorrow

EMERGENCY MEDICAL/DENTAL AUTHORIZATION

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____
Address: _____ School: _____ Home phone: _____

PURPOSE: For a safer school environment, parent(s) and guardian(s) authorize the provisions of emergency medical/dental treatment for children who become ill or injured while under school authority, including field trips when parent(s) or guardian(s) cannot be reached.

I/We, the parent(s) and guardian(s) of _____, a student in the School District of Beloit schools, do hereby authorize and direct the principal or his/her designee to provide for my child in the event such child shall have an accident, injury, or illness when immediate medical, surgical, or dental care is needed, provided there shall first be a diligent effort to notify me of the situation, and obtain my preferences by calling me at:

Name of Parent/Guardian:		Home Phone:		Cell Phone:	
Name of Parent/Guardian:		Home Phone:		Cell Phone:	

If such efforts to get in touch with me are unsuccessful I/We authorize the principal, or his/her designee, to transport my child to the emergency room of the Beloit Health System or nearest emergency facility, or to call the paramedics, if the principal or his/her designee deems such action warranted. At the hospital, the child shall be given treatment and care by a duly licensed medical professional. I understand that the School District of Beloit will not assume responsibility for medical expenses for my child. I agree to bear such responsibility and pay any such expenses incurred with respect to such a medical emergency. I understand that if my child participates in a school sponsored field trip, I give my consent and agree to release the School District of Beloit (District), its School Administrators, elected officials, employees and volunteer supervisors from any and all damages, as the result of death and/or injuries of any kind my child might suffer as a result of participating in the field trip, except for those that result from gross negligence or wanton and willful misconduct. This agreement to release does not apply to any independent contractor. All field trips are voluntary and require parental consent prior to participation in each field trip. **Your child may not attend field trips until this form is complete and returned to the school.**

Authorization for Disclosure of Medical Records: The undersigned hereby consents and authorizes the School District of Beloit to use or disclose any medical records or health information in the District's possession relating or belonging to my/our child, even if otherwise confidential or protected health information, to any medical facility, medical treatment professional, health care provider, or transportation provider for purposes of medical treatment in the event my/our child has an accident, injury, or illness or when immediate medical, surgical, or dental care is needed. Notwithstanding the foregoing, this authorization does not apply to records which may not be disclosed without the consent of a minor.

BELOW CHECK ANY CURRENT HEALTH CONDITION THAT MAY REQUIRE ATTENTION DURING THE SCHOOL DAY OR DURING A SCHOOL SPONSORED ACTIVITY. PLEASE INCLUDE PRESCRIBED, OVER THE COUNTER, AND HERBAL MEDICATIONS CURRENTLY BEING TAKEN. PLEASE CHECK **ALL THAT APPLY, EVEN IF YOU HAVE LISTED IT ON PAST FORMS AND LIST REACTION.**

- ☐ **ALLERGIES (BE SPECIFIC)**
  - **FOODS** _____ **REACTION** _____
  - **BEE STING** _____ **REACTION** _____
  - **MEDICINE ALLERGY** _____ **REACTION** _____
  - **ENVIRONMENTAL / SEASONAL** _____ **REACTION** _____
  - **OTHER (ANIMAL/LATEX)** _____ **REACTION** _____
  - **DOES YOUR CHILD REQUIRE AN EPIPEN FOR THEIR ALLERGIC REACTION?** ☐ **YES** ☐ **NO**
- ☐ **ASTHMA:**
  - **MY CHILD USES HIS/HER INHALER:** ☐ **DAILY** ☐ **WEEKLY** ☐ **MONTHLY** ☐ **SEASONALLY** ☐ **EXERCISE ONLY**
  - **MY CHILD HAS USED MEDICATION FOR HIS/HER ASTHMA IN THE LAST YEAR:** ☐ **YES** ☐ **NO**
- ☐ **DIABETES: INSULIN DEPENDENT** ☐ **YES** ☐ **NO**
- ☐ **SEIZURE CONDITION: DATE OF LAST SEIZURE:** _____
- ☐ **CARDIAC (HEART) CONDITION, MY CHILD HAS:** ☐ **MURMUR** ☐ **HEART DISEASE**
- ☐ **OTHER HEALTH CONDITIONS (ADHD, AUTISM, BLOOD DISORDER, ETC…), PLEASE LIST** _____

MEDICATIONS CURRENTLY BEING TAKEN: _____
PRIMARY CARE PHYSICIAN / PRACTITIONER for my child: _____
Address: _____ Phone #: _____
PREFERRED DENTIST for my child: _____
Address: _____ Phone #: _____

INSURANCE INFORMATION

1. RESPONSIBLE PARTY _____
2. EMPLOYED BY _____
3. INSURANCE COMPANY _____ PHONE _____
4. GROUP NUMBER _____

☐ I AM CURRENTLY NOT ENROLLED IN A HEALTH INSURANCE PLAN

SIGNATURE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN: _____ **DATE:** _____

School District of Beloit

thinkingbeyondnow
we are tomorrow

AUTORIZACIÓN PARA EMERGENCIA MÉDICA O DENTAL

Nombre del Estudiante: _____ Fecha Nacimiento: _____ Grado: _____

Domicilio: _____ Escuela: _____ Tel: _____

PROPOSITO: Para un ambiente escolar seguro y sano los padres(s) y tutor(es) autorizan la provisión de tratamiento médico o dental de emergencia cuando los niños se enferman o se lesionan mientras están bajo la autoridad escolar cuando los padres o tutores no pueden ser localizados. **Su hijo tal vez no podrá asistir a las excursiones escolares hasta que este formulario se complete y sea devuelto a la escuela.** Yo, nosotros, los padres y tutor (es) de _____, un estudiante en el Distrito Escolar de Beloit, por la presente, autorizo y dirijo al director o su asignado que proporcione, en caso de que mi hijo tenga un accidente, lesión, o enfermedad cuando de inmediato se necesita la asistencia médica, quirúrgica o dental, siempre en cuanto previamente han hecho un esfuerzo diligente para notificarme de la situación, y obtener mis preferencias llamándome al:

Nombre del Padre/ Tutor Teléfono Hogar Teléfono Celular

Nombre del Padre/ Tutor Teléfono Hogar Teléfono Celular

Si tales esfuerzos para ponerse en contacto conmigo no tienen éxito, yo/nosotros autorizamos al director o su asignado, para transportar a mi hijo a la sala de emergencia del sistema de salud de Beloit o sala de urgencias más cercano, o llamar a los paramédicos, si el director o su designado determinan que tal acción se justifica. En el hospital, el niño se le dará el tratamiento y la atención de un profesional médico con licencia autorizada. Yo entiendo que el Distrito Escolar de Beloit **no** asumirá la responsabilidad de los gastos médicos de mi hijo. Estoy de acuerdo de asumir esa responsabilidad y pagar dichos gastos incurridos en relación con una emergencia médica.

Autorización para Divulgar los Expedientes Médicos: Por la presente, el firmante abajo afirma y autoriza al Distrito Escolar de Beloit para usar o divulgar cualquier documentos médicos o información médica en posesión del Distrito relacionado o perteneciente a mi/nuestro hijo, incluso, si la información de salud es confidencial o protegida, a cualquier centro médico, profesional de tratamiento médico o profesional de salud para los propósitos de tratamiento médico en caso de que mi/nuestro hijo tiene un accidente, lesión o enfermedad o cuando se necesita asistencia médica, quirúrgica o dental inmediata. No obstante, lo mencionado previamente, esta autorización no se aplica a los registros que no podrán ser divulgados sin el consentimiento de un menor de edad.

ABAJO MARQUE CUALQUIERA CONDICIÓN DE SALUD QUE PUEDE REQUERIR ATENCIÓN DURANTE EL DÍA ESCOLAR O DURANTE UNA ACTIVIDAD PATROCINADA POR LA ESCUELA. POR FAVOR, INCLUYA LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS, MEDICINA SIN RECETA, Y HIERBAS MEDICINALES QUE ESTÁ TOMANDO/USANDO. ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA, AUNQUE LO HAYA ESCRITO ANTES EN FORMAS ANTERIORES.

☐**ALERGIAS (SEA ESPECÍFICO)**

Alimentos _____ reacción: _____
Picadas de abeja _____ reacción: _____
Medicamentos _____ reacción: _____
Ambiental/temporada _____ reacción: _____
Otros (animal/látex) _____ reacción: _____

¿Su hijo requiere una inyección epinefrina para su reacción alérgica? ☐ Sí ☐NO

☐**ASMA:**

Mi hijo usa un Inhalador: ☐ Diario ☐ semanal ☐ Mensual ☐ temporada ☐ para ejercicio solamente

Mi hijo ha usado medicamento para su asma en el último año: ☐SI ☐NO

☐ **DIABETES: REQUIERE LA INSULINA ☐ SI ☐ NO**

☐ **CONVULSIÓN: FECHA DE LA ÚLTIMA CONVULSIÓN:** _____

☐ **CONDICIÓN CARDIACA (CORAZÓN) MI HIJO TIENE: ☐ MURMURO ☐ ENFERMEDAD DEL CORAZÓN**

☐ **OTRAS CONDICIONES MÉDICAS (TDAH, AUTISMO, TRASTORNO DE LA SANGRE, ETC.), POR FAVOR DESCRIBA** _____

_____

Medicamentos actuales que está tomando: _____

Doctor o Médico Principal de mi hijo: _____

Dirección del médico: _____ № TEL: _____

Dentista preferido para mi hijo: _____

Dirección del Dentista: _____ №TEL: _____

INFORMACION DE LA ASEGURANZA MÉDICA:

1. Persona Responsable: _____
2. Empleado por _____
3. Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____ TEL_____
4. Número del Grupo _____

☐YO EN ESTE MOMENTO NO ESTOY INSCRITO EN UN PLAN DE SEGURO MEDICO

FIRMA DEL PADRE//TUTOR LEGAL: _____ **FECHA:** _____