

**Emergency Medical/Dental Authorization**

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

Address: _____ School: _____ 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) or guardian(s) of _____, a student in the School District of Beloit, do hereby authorize and direct the principal and/or 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 I/We cannot be reached, my student when ill/injured may be removed from the school by (List only those who can be reached during school hours and who have given permission for us to call them):

1. Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

2. Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

3. Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

If such efforts to get in touch with me are unsuccessful and there is an emergency, I/We authorize the principal, and/or 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 and/or 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), 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(s) 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. Be sure to list all reactions.

☐ 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 their inhaler: Daily____ Weekly____ Monthly____ Seasonally____ Exercise Only____

My child has used medication for their 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 Condition (ADHD, Autism, Blood disorder, etc.)

Please list: _____

Medications currently being taken: _____

Primary care physician/practitioner for my child: _____

Primary care physician/practitioner address: _____ Phone: _____

Preferred dentist for my child: _____

Dentist address: _____ Phone: _____

Insurance Information

Insurance Company: _____

Phone: _____ Group Number: _____

☐ I am currently not enrolled in a health insurance plan

Signature of parent/legal guardian: _____ Date: _____

**AUTORIZACIÓN PARA EMERGENCIA MÉDICA O DENTAL**

Estudiante: _____ Fecha Nacimiento: _____ Grado: _____

Domicilio: _____ Escuela: _____ Tel: _____

PROPÓSITO: Para un ambiente escolar seguro, el padre(s) y tutor(es) autorizan la provisión de tratamiento de emergencia médica o dental cuando los niños se enferman o se lesionan mientras están bajo la autoridad escolar, incluyendo las excursiones escolares cuando los padres o tutores no pueden ser notificados.

Yo, nosotros, los padres y tutor (es) de _____, un estudiante en el Distrito Escolar de Beloit, Por la presente autorizo y ordeno al director y / o su designado a proveer para mi hijo en caso de que dicho niño tenga un accidente, lesión o enfermedad cuando se necesite atención médica, quirúrgica o dental inmediata, siempre que primero se haga un esfuerzo diligente. para notificarme de la situación, y obtener mis preferencias llamándome al:

Nombre del Padre/ Tutor:	Tel. Hogar:	Tel. Celular:
Nombre del Padre/ Tutor:	Tel. Hogar:	Tel. Celular:

Si no pudieron comunicarse con mí / nosotros, cuando mi estudiante está enfermo / lesionado puede ser recogido de la escuela por (Enumere solo aquellos a quienes se puede contactar durante el horario escolar y le han dado permiso para que los llamemos):

1. Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
2. Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
3. Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Si tales esfuerzos para ponerse en contacto conmigo no se logran, yo/nosotros autorizamos al director o su asignado, a transportar a mi hijo a la sala de emergencia del Sistema de Salud de Beloit o sala de urgencia más cercana, o llamar a los paramédicos, si el director o su designado determinan que tal acción se justifica.

En el hospital, el niño(a) 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. Entiendo que, si mi hijo participa en una excursión patrocinada por la escuela, yo doy mi consentimiento y acepto liberar al Distrito Escolar de Beloit (Distrito), administradores escolares, funcionarios electos, empleados y supervisores voluntarios de cualquier daño, como resultado de muerte y/o lesiones de cualquier tipo que mi hijo pueda sufrir como resultado de participar en la excursión, excepto aquellas que resulten de negligencia grave o mala conducta intencional o voluntaria y deliberada. Este acuerdo de liberación no se aplica a ningún contratista independiente. Todas las excursiones son voluntarias y requieren consentimiento de los padres antes de participar en cada excursión. **Su hijo no puede asistir a excursiones hasta que este formulario esté completada y devuelto a la escuela.**

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 para los registros que no podrán ser divulgados sin el consentimiento del menor de edad.



Abajo marque cualquiera condición de salud que puede requerir atención medica durante el día escolar o durante una actividad patrocinada por la escuela. Por favor incluya los medicamentos recetados, medicina sin receta, y hierbas medicinales que está tomando/usando. Seleccione todos los que corresponda, aunque lo haya escrito antes en formas anteriores
Asegúrese de enumerar todas las reacciones.

☐ Alergias (sea específico)

Alimentos: _____ Reacción: _____

Picadas de abeja: _____ Reacción: _____

Alergia a Medicamento: _____ 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 ☐ por 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 escríbala(s): _____

Medicamentos actuales que está tomando: _____

Nombre del Doctor o Médico Principal de mi hijo: _____

Dirección del médico principal/profesional de atención: _____ Tel. _____

Dentista que prefiero para mi hijo: _____

Dirección del Dentista: _____ Tel. _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO:

Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____

Tel: _____ Número del Grupo: _____

☐ yo en este momento no estoy inscrito en un plan de seguro medico

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