FORMULARIO DE AUTORIZACION MEDICA DE EMERGENCIA

Distrito Escolar de la Cuidad de Fairfield

Nombre del Estudiante_____Escuela_____

Dirección _____
Calle Cuidad Código Postal

Tel. Casa ( )_____ Fecha de Nacimiento__/___/___Grado_____Maestra/Equipo_____

MADRE/GUARDIAN:

Nombre_____

Correo Electrónico _____

Tel. Casa:_____Tel Cell:_____

Lugar de Trabajo:_____Tel Trabajo:_____

PADRE/GUARDIAN:

Nombre_____

Correo Electrónico _____

Tel. Casa:_____Tel. Cell: _____

Lugar de Trabajo:_____Tel Trabajo: _____ _

Número de teléfono para recibir avisos grabados de notificación rápida: _____

¿Existe orden de custodia legal cual se aplique a este niño? Si ☐ No ☐ **Copia de los documentos deben estar archivados en la oficina.**

Si, explique Por Favor: _____

¿Los padres o tutores están actualmente sirviendo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Servicio activo ☐ Reserva ☐ Guardia Nacional ☐

Contactos de Emergencia: Por favor, enumere a las personas a quienes le da permiso para recoger a su hijo de la escuela. Si no podemos comunicarnos con usted, nos comunicaremos con las personas que figuran a continuación en el orden en que aparecen. Adjunte una lista si desea incluir más

	Nombre	**# Casa**	**# Cell**	**# Trabajo**	**Relacion al Niño**
1.	_____	( ) _____	( ) _____	( ) _____	_____
2.	_____	( ) _____	( ) _____	( ) _____	_____
3.	_____	( ) _____	( ) _____	( ) _____	_____
4.	_____	( ) _____	( ) _____	( ) _____	_____

☐ Marque la casilla si los Contactos de emergencia son los mismos que en el año escolar anterior.

Datos sobre el historial médico del niño, incluyendo alergias, medicamentos que toma o problemas de salud actuales:

_____

_____

_____

"¿Se puede compartir esta información de salud con el personal escolar apropiado, como los maestros de su hijo?" Si ☐ No ☐

Fecha _____ Firma del padre/Guardián _____

COMPLETE PARTE I **O** PARTE II

PARTE I – CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

En el caso de que los intentos de contactarme no hayan tenido éxito, por la presente doy mi consentimiento para (1) la administración de cualquier tratamiento que el médico designado considere necesario, o en el caso de que el médico designado no esté disponible, por otro médico o dentista autorizado; y (2) la transferencia del niño a cualquier hospital razonablemente accesible. Esta autorización no incluye cirugía mayor a menos que se obtengan las opiniones médicas de otros dos médicos u odontólogos con licencia, que coincidan con la necesidad de dicha cirugía, para la realización de dicha cirugía. Por la presente doy mi consentimiento para que se llame a los siguientes proveedores de atención médica y hospitales locales:

Doctor_____Teléfono _____

Dentista_____Teléfono _____

Hospital _____

Fecha_____

_____
Firma del padre/Guardián

PARTE II – NEGACION DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

NO doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia de mi hijo. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento, deseo que las autoridades escolares tomen las siguientes medidas:

_____

_____

_____

_____

Fecha_____

Firma del Padre/Guardián_____
Firmar solo si se niega el consentimiento