



DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE WESTERVILLE
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Este formulario debe llenarse para cada estudiante cada año: Se requerirán los formularios médicos de participación atlética.

Nombre del estudiante _____ I.D. del estudiante _____
(apellido) (1er nombre) (2º nombre)

Domicilio _____

Teléfono de la casa _____ Grado _____ Escuela _____

ALERTA MÉDICA PARA LA ESCUELA O EL MÉDICO QUE LO ATIENDA

ALERGIAS: _____

MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO: _____

PROBLEMAS MÉDICOS: _____

En caso de una emergencia médica durante los eventos escolares, el personal de la escuela intentará ponerse en contacto con los adultos anotados en esta página en el orden indicado. Estos adultos deben poder recoger de la escuela a un estudiante enfermo. Se conserva una copia de este formulario en la clínica de la escuela y acompaña a los estudiantes en las excursiones.

ADULTOS LEGALMENTE RESPONSABLES Y OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA (Por favor indique a los contactos en orden de preferencia):

1. (Persona que está llenando el formulario) _____ Parentesco con el estudiante _____
Teléfono durante el día _____ Teléfono celular _____ Dirección de correo electrónico _____
2. (En caso de emergencia) _____ Parentesco con el estudiante _____
Teléfono durante el día _____ Teléfono celular _____ Dirección de correo electrónico _____
3. (En caso de emergencia) _____ Parentesco con el estudiante _____
Teléfono durante el día _____ Teléfono celular _____ Dirección de correo electrónico _____

EN CASO DE QUE LOS ESTUDIANTES SALGAN ANTES DE LA HORA DE SALIDA, MI HIJO DEBE IRSE A CASA: SI ____ NO ____ Si la respuesta es no, por favor envíarlo a: _____

Se debe completar la PARTE I o la PARTE II

El propósito de esta sección. Cuando no se pueda localizar a los adultos legalmente responsables, por favor indique abajo la autorización de tratamiento de emergencia para el niño que se enferme o lesione mientras esté bajo la autoridad escolar.

PARTE I: NEGACIÓN A OTORGAR CONSENTIMIENTO

Yo **NO** doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia de este niño. En el caso de una enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia quiero que las autoridades escolares hagan lo siguiente:

Parte I Firma del adulto legalmente responsable _____ Fecha _____

PARTE II: OTORGAR CONSENTIMIENTO

En el caso de que se hayan hecho intentos razonables para localizar a los adultos responsables mencionados arriba y no se hayan podido localizar, yo, por medio de la presente doy mi consentimiento para: 1) la administración de cualquier tratamiento que los profesionales médicos o en el caso de que un médico preferido designado no esté disponible, otro profesional con licencia consideren necesario y 2) transferir al niño a cualquier hospital razonablemente accesible. Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que las opiniones médicas de otros dos médicos con licencia concurren en la necesidad de dicha cirugía y se obtendrá antes de dicha cirugía. El firmar esta forma autoriza a los empleados del Distrito escolar de la ciudad de Westerville a divulgar la información si se necesita.

Médico _____ Teléfono _____

Dentista _____ Teléfono _____

Especialista médico _____ Teléfono _____

Hospital local _____ Teléfono _____

Parte II Firma del adulto legalmente responsable _____ Fecha _____