

EMERGENCY ФОРМА МЕДИЦИНСКОГО РАЗРЕШЕНИЯ  
ORC 3313.712

Я БЫ \_\_\_\_\_

Имя ученика \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_  
последний первый

Адрес \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Bus \_\_\_\_\_

Эл. адрес \_\_\_\_\_

Домашний телефон \_\_\_\_\_ Информация о задержании / Lives with \_\_\_\_\_

**ЦЕЛЬ:** Для того, чтобы позволить родителям и опекунам санкционировать предоставление неотложной помощи для детей, которые заболели или получили ранения, находясь под властью школы, когда родители или опекуны не могут быть достигнуты. Разрешить другим пользователям, чтобы забрать ребенка из школы, когда это необходимо.

Звоните первым

Имя матери: \_\_\_\_\_ Дневной Телефон: \_\_\_\_\_ Сотовый тел . \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Работа: \_\_\_\_\_ Имя отца:

\_\_\_\_\_ Дневной Телефон: \_\_\_\_\_ Сотовый тел . \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Имя Work \_\_\_\_\_ Иного:

\_\_\_\_\_ Дневной Телефон: \_\_\_\_\_ Сотовый тел . \_\_\_\_\_  Другое Имя:

\_\_\_\_\_ Дневной Телефон: \_\_\_\_\_ Сотовый тел . \_\_\_\_\_  Другое Имя:

\_\_\_\_\_ Дневной Телефон: \_\_\_\_\_ Сотовый тел . \_\_\_\_\_

Братья и сестры, участвующие в районе (название и строительство) \_\_\_\_\_

**ЧАСТЬ I ИЛИ II ДОЛЖЕН БУДЕТ ЗАВЕРШЕНА**

**ЧАСТЬ I - ПРЕДОСТАВИТЬ СОГЛАСИЕ**

Настоящим я давать согласие для следующих поставщиков медицинской помощи и местной больницы, чтобы назвать:

Врач: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Стоматолог:

\_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Медицинский специалист:

\_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Местная больница:

\_\_\_\_\_ Emergency Room Телефон: \_\_\_\_\_ ли ваш ребенок в настоящее время носят или

когда-либо носили: \_\_\_\_\_ очки

\_\_\_\_\_ contacts

\_\_\_\_\_ слуховые аппараты

В случае разумных попыток связаться со мной, не увенчались успехом, я даю свое согласие на (1) введение какого-либо лечения считается необходимым вышеназванный врача, или в том случае, назначенный предпочтительным практикующий не доступен, другим лицензированным врачом или стоматолог: и (2) передача ребенка в любой больнице достаточно доступной.

Это разрешение не распространяется на основные операции, если медицинские мнения двух других лицензированных врачей или стоматологов, соглашаясь в необходимости такой операции, пока не будут получены до выполнения такой операции.

**\*\*\* Факты о медицинской истории ребенка, включая аллергию ПРЕПАРАТЫ, принимаемые, и любые нарушения физического состояния, к которому ВРАЧ ДОЛЖЕН БЫТЬ**

Насторожило: \_\_\_\_\_

(Дата)

(Подпись родителя / опекун)

Адрес: \_\_\_\_\_

## ЧАСТЬ II - ОТКАЗАТЬСЯ СОГЛАСИЕ

Я не даю свое согласие для оказания неотложной медицинской помощи моего ребенка. В случае болезни или травмы требует экстренного лечения я желаю школьной власти принять следующие меры: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Подпись родителя / опекун)

Адрес: \_\_\_\_\_

Установите этот флажок, если вы НЕ хотите, чтобы мы делились соответствующей медицинской информацией с персоналом, вовлеченным с ребенком.