

**EMERGENCIA MÉDICA formulario de autorización
ORC 3313.712**

CARNÉ DE IDENTIDAD _____

Nombre del estudiante _____ Profesor de grado _____

Dirección _____ ÚLTIMO PRIMERO
DOB _____ Bus _____

Email _____

Inicio Teléfono _____ información de Custodia / Lives with _____

PROPÓSITO: Para permitir que los padres y tutores para autorizar el suministro de tratamiento de emergencia para los niños que se enferman o se lesiona mientras está bajo la autoridad escolar, cuando no se puede localizar a los padres o tutores. Permitir que otros recojan niño de la escuela cuando sea necesario.

llame primero

Nombre de la madre: _____ Teléfono durante el día: _____ célula pH _____

Dirección: _____ trabajo: _____ Nombre del Padre: _____
Teléfono durante el día: _____ células y el pH _____

Dirección: _____ Nombre de Work _____ Otro: _____
Teléfono durante el día: _____ célula pH _____ de otro nombre:

Teléfono durante el día: _____ célula pH _____ de otro nombre:

Teléfono durante el día: _____ células y el pH _____

Los hermanos que asisten en el distrito (nombre y construcción) _____

PARTE I O II DEBE SER COMPLETADO

PARTE I - de otorgar el consentimiento

Por la presente dar su consentimiento para los siguientes proveedores de cuidados médicos y de hospital local para ser llamado:

Médico: _____ Teléfono: _____ del dentista:

_____ Teléfono: _____ médico especialista:

_____ Teléfono: _____ hospital local:

_____ Emergency Room Teléfono: _____ tiene actualmente su hijo use o alguna vez ha

desgastado: ____ vasos _____ contacts _____ audífonos

En los intentos razonables de eventos en contacto conmigo no han tenido éxito, doy mi consentimiento para que (1) la administración de cualquier tratamiento que se considere necesario por el médico nombrado arriba, o en el caso de que el practicante preferido designado no está disponible, por otro médico con licencia o dentista; y (2) el traslado del niño a cualquier hospital razonablemente accesible.

Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que las opiniones médicas de otros dos médicos o dentistas con licencia, que concurren en la necesidad de este tipo de cirugía, se obtienen antes de la realización de este tipo de cirugía.

***** Hechos relacionados con la historia clínica del niño, incluyendo alergias, medicamentos consumidos y cualquier deterioro físico al que un médico debe ser**

Alertar: _____

(fecha)

(Firma del padre / tutor)

Dirección: _____

PARTE II - denegar el consentimiento

No doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia de mi hijo. En el caso de enfermedad o lesión que requiera un tratamiento de emergencia deseo que las autoridades de la escuela para tomar las siguientes medidas: _____

(fecha)

(Firma del padre / tutor)

Dirección: _____

Marque esta casilla si NO desea que compartamos la información médica pertinente con el personal involucrado con su hijo.