

FAIRFIELD CITY SCHOOL DISTRICT
Distrito Escolar de la ciudad de Fairfield
EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION FORM
Formulario para Autorizacion de Emergencia Medica

Por favor escriba a maquina o en letra de molde usando una pluma cuando este llenando este formulario. Este formulario debe ser completado anualmente y devuelto a la escuela lo mas pronto posible.

Escuela _____ Nombre del Estudiante _____
Grado _____ Direccion _____
Fecha de Nacimiento _____ Zona Postal _____
Sexo: ___ Masculino ___ Femenino Telefono _____ Correo Electronico de Padre / Guardian _____
¿Están los padres o tutores en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ___ Si ___ No
En caso afirmativo, ¿en qué rama? _____

Proposito—Para permitir a padres o guardianes la autorizacion de permisos de tratamientos de emergencia para los niños que se enfermen o se hieran mientras esten bajo la autoridad de la escuela, cuando los padres o guardianes no puedan ser localizados.

Area residencial de Padre / Guardian:

Nombre de la Madre _____ Telefono durante el Dia _____
Nombre del Padre _____ Telefono durante el Dia _____
Otro Nombre _____ Telefono durante el Dia _____
Nombre de Familiar o Proveedor de cuidado de Niños: _____
Direccion _____ Relacion _____
Telefono durante el Dia _____
Zona Postal _____

PARTE I Ó II DE ABAJO DEBE SER LLENADA

Parte I: CONCEDER CONSENTIMIENTO

Yo le doy consentimiento a los siguientes proveedores de atencion medica y de hospitales locales para ser llamados:

Doctor _____ Telefono _____
Dentista _____ Telefono _____
Especialista de Medicina _____ Telefono _____
Hospital Local _____ Telefono del cuarto de emergencia _____

En caso de que traten de localizarme y no sea posible, Yo le doy mi consentimiento para (1) la administracion de algun tratamiento que se considere necesario por los doctores que aparecen en la parte superior, o, en el caso de designar al doctor preferido y no este disponible, por otro doctor lisenciado o dentista; y (2) la transportacion de el niño a algun hospital razonablemente accesible.

Esta autorizacion no cubre cirugias mayores a no ser que la opinion del medico o de dos otros doctores lisenciados o dentistas, coinciden en la necesidad para tal cirugia, son obtenidas anterior a la realizacion de tal cirugia.

Factores concernientes a la historia medica del niño, incluyendo alergias, medicamentos que esta tomando, y algun impedimento fisico por la cual el doctor debe ser alertado.

Fecha _____ Firma de Padre / Guardian _____
Direccion _____ Zona Postal _____

ParttelI: Negacion alConsentimiento

Yo **NO** le doy mi consentimiento para tratamiento de emergencia medica a mi niño. En el caso de enfermedad o herida requiriendo atencion medica, Yo decearia que las autoridades de la escuela tomaran las siguientes acciones:

Fecha _____ Firma de Padre / Guardian _____
Direccion _____ Zona Postal _____