

Autorizacion Medica de Emergencias

De acuerdo con el Código Revisado de Ohio 3313.712 ORC nuevas formas de la Autorización Médicas de Emergencia se requieren en cada año escolar.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Marque Uno** Masculino Femenina

Lugar de Nacimiento: _____ **Grado/Maestro** _____

Dirección de Casa: _____ **# de Tel:** _____

Propósito: Para permitir que los padres y tutores legales den autorización del suministro de tratamiento de emergencia para los niños enfermos o heridos mientras bajo la autoridad escolar cuando los padres o tutores legales y los contactos de emergencia no pueden ser notificados.

Padres O Tutores Legales

Nombre	Telefono de Casa	Telefono Mobil	Telefono del Trabajo	Ext.

Madre y Padre viven en mismo hogar? SI NO Si no...quien tiene las custodia legal? MADRE PADRE AMBOS OTRO

CONTACTOS DE EMERGENCIA APARTE DE PADRES A QUIEN ESTUDIANTE PUEDE SER LIBERADO EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA:

Nombre	Telefono en Casa	Telefono Mobil	Telefono del Trabajo	Ext.

Por favor señale abajo indicandonos sobre su hiho/a

Asma: Factores: _____ Medicaciones: _____

Inhalador: SI NO

Alergias Alimentarias: Especialmente: _____ Otras Condiciones Medicas: _____

EPI Pen: SI NO

Alergias a Insectos: Especialmente: _____ Diabetes Ataques Sordera Ceguera

EPI Pen: SI NO _____ Corazon Digestion Fisico Alimentos Modificados

Salud Mental: _____

Informacion Adicional/Hospitalizaciones: _____

*****PARTE I O PARTE II DEBE SER COMPLETADO*****

PART I: DANDO CONSENTIMIENTO

NOMBRE DE DOCTOR: _____ Dirección: _____ Tel: _____

NOMBRE DE DENTISTA: _____ Dirección: _____ Tel: _____

NOMBRE DE ESPECIALISTA: _____ Dirección: _____ Tel: _____

En el caso de que los intentos razonables para que se pongan en contacto conmigo han sido infructuosos, por medio de la presente doy mi consentimiento para (1) la administración de cualquier tratamiento necesario por el médico nombrado, o, en el caso de que el médico nombrado no está disponible, por otro médico o dentista con licencia; y (2) la transferencia del niño a cualquier hospital razonablemente accesible.

Hospital de Preferencia: _____ Telefono de Contacto: _____

Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que se obtienen las opiniones médicas de dos otros licenciados médicos o dentistas, coincidiendo en la necesidad de dicha cirugía, antes de la realización de dicha cirugía.

Firma de Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

***Si el estudiante tiene una condición médica tales como alergias, asma grave, diabetes, problemas cardíacos, convulsiones, un plan de salud individual de los estudiantes tendrá que completarse cada año escolar. Este plan de salud tendrá que ser compartida con maestros los estudiantes y otro personal de la escuela para la seguridad del estudiante en la escuela o en una escuela relacionada con la actividad.**

****Los estudiantes que requieren medicamentos (con receta y sin receta médica) en la escuela deben tener una orden escrita del médico y un consentimiento paterno. Estos formularios están disponibles en la oficina de salud escolar. Una nueva forma debe completarse cada año escolar. Medicamentos deben notificarse a la oficina de salud escolar en el envase original por el padre o tutor, no el estudiante**

PART II: NEGANDO CONSENTIMIENTO

Yo no doy mi consentimiento para tratamiento médico de emergencia a mi hijo. En el caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, deseo las autoridades de la escuela para no tomar una decisión o a: _____

Firma de Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Dirección: _____