

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 _____

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 estan 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 O 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 licenciado 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 licenciados 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 _____

Parte II: Negacion al Consentimiento

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 desearia que las autoridades de la escuela tomaran las siguientes acciones:

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