

AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA

Distrito Escolar de Urbana #116
205 North Race Street, P.O. Box 3039
Urbana, Illinois 61801-2669

Por favor complete esta forma de AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA. Este formulario debe ser devuelto a la oficina de cada escuela. Si esta información cambia durante el año escolar, por favor envíe una nota por escrito al director de la escuela de su hijo(a) solicitando una actualización de la información. Por favor, asegúrese de incluir cualquier problema o condiciones de salud en el reverso del formulario adjunto. * Nota: Los hospitales no atenderán a un estudiante menor de 18 años de edad sin el permiso por escrito de sus padres o tutor. (4/98)

Nombre del Estudiante _____

Dirección _____

Escuela a la que asiste _____

Grado _____

En caso de que los intentos para comunicarse conmigo/nosotros no hayan tenido éxito, yo/nosotros por este medio doy mi consentimiento para: (1) la administración de cualquier tratamiento que se considere necesario por un médico con licencia, y (2) el traslado de mi hijo(a) a cualquier hospital razonablemente accesible. Yo/nosotros entendemos que yo/nosotros seré responsable de los gastos ocasionados por la asistencia médica prestada a mi hijo(a) en virtud de la presente autorización.

Yo/Nosotros entendemos que es en el mejor interés por el bienestar de mi hijo(a) que el Distrito Escolar Urbana # 116 obtenga esta autorización para situaciones de emergencia. Por lo tanto, estamos de acuerdo en considerar al Distrito, sus representantes y empleados, exentos de cualquier y todos los reclamos formulados en su contra, incluyendo todos los gastos médicos como resultado del tratamiento médico que haya recibido mi hijo(a) en virtud de la presente autorización.

Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que se obtengan dictámenes de dos médicos con licencia que concurran en la necesidad de dicha cirugía.

Esta Autorización de Asistencia Médica en caso de Emergencia continuará en pleno vigor y efecto hasta que el Distrito Escolar Urbana # 116 reciba notificación por escrito de cualquier cambio deseado por la persona que la ha firmado.

Fecha _____ Firma del Padre/Guardián _____

Nombre del Padre/Guardián _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____ Teléfono Celular _____

Otros números de emergencia _____

Doctor Preferido _____ Teléfono_ _____

Hospital Preferido _____

RECHAZO DE CONCENTIMIENTO

Yo no doy mi consentimiento para tratamiento de emergencia para mi hijo(a). En caso de enfermedad o lesión que requieran tratamiento de emergencia mi deseo es que las autoridades escolares no tomen acción o que:

Fecha _____ Firma del Padre/Guardián _____

