

ST. PETER SCHOOL
FORMA DE AUTOTIZACION DE EMERGENCIA MEDICA
2022 - 2023

Nombre del estudiante _____ fecha de nacimiento _____ Grado _____

Propósito: Para los padres/madres de familia o guardianes que no puedan ser localizados y su estudiante(s) se encuentre enfermo, se haya lastimado o este bajo el cuidado de las autoridades de la escuela.

Por favor tenga en cuenta que, si usted cambia su dirección, su número telefónico o contactos alternativos, usted tiene que LLAMAR a la oficina escolar para actualizar su información. Información actualizada es muy importante para contactarle en caso de emergencia.

Primer contacto con los padres: _____ Teléfono #1 _____ Teléfono #2 _____
Correo electrónico: _____

Segundo contacto de los padres: _____ Teléfono #1 _____ Teléfono #2 _____
Correo electrónico: _____

Tercer contacto: _____ Teléfono #1 _____ Teléfono #2 _____

↳ Relación con el estudiante _____

Cuarto contacto: _____ Teléfono #1 _____ Teléfono #2 _____

↳ Relación con el estudiante _____

Mencione factores de concertación del historial médico de su hijo(a) en cuanto alergias, medicinas o cualquier impedimento físico o condición medica que el personal de emergencia deba saber:

OTORGAMIENTO DE CONSENTIMIENTO

Si en un intento razonable de contactarme a mi o a las personas indicadas no puedan ser localizadas, Yo por la presente otorgo consentimiento a (1) a la administración de cualquier tratamiento que considere necesario con los doctores indicados y de estos no estar disponibles podrá ser visto(a) por alguno otro médico o dentista; (2) Su hijo(a) podrá ser trasladado(a) a cualquier otro hospital razonable. Esta autorización no aplica para cirugías mayores al menos que se cuente con la autorización de 2 médicos acreditados o dentistas, deberá ser obtenida dicha autorización medica previamente a la cirugía.

Por la presente doy consentimiento para que se llame a los siguientes contactos de salud médica y al hospital local:

Médico: _____ Phone _____

Dentista _____ Phone _____

Médico especialista _____ Phone _____

Hospital local _____ Phone _____

Firma: _____ Fecha _____

NEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO: NO DOY mi consentimiento para que den tratamiento médico a mi hijo(a). Si en algún momento mi hijo(a) se lastimara o se enfermera que requiera tratamiento médico, deseo que las autoridades de la escuela pogan en acción lo siguiente:

Firma: _____ Fecha _____

Por favor complete la otra cara de la página.

ST. PETER SCHOOL
EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION FORM
2022 - 2023

Student Name _____ Date of Birth _____ Grade _____

Purpose: To enable parents and guardians to authorize the provision of emergency treatment
For children who become ill or injured while under school authority, when parents or guardians cannot be reached.
Please note that when you change address, alternative contacts or phone number you will need to CALL the office to update your information. Current information is very important in contacting you in the event of an emergency.

First Parent Contact: _____ Phone #1 _____ Phone #2 _____

Email: _____

Second Parent Contact: _____ Phone #1 _____ Phone #2 _____

Email: _____

Third Contact: _____ Phone #1 _____ Phone #2 _____
 ↳ Relationship to student _____

Fourth Contact: _____ Phone #1 _____ Phone #2 _____
 ↳ Relationship to student _____

Facts concerning the child's medical history, including allergies, medications being taken, any other physical impairment to which a physician should be alerted:

TO GRANT CONSENT:

In the event reasonable attempts to contact me have been unsuccessful, I hereby give my consent for (1) the administration of any treatment deemed necessary by below-named doctors, or, in the event the designated preferred practitioner is not available, by another licensed physician or dentist; and (2) the transfer of the child to any hospital reasonably accessible. This authorization does not cover major surgery unless the medical opinions of two other licensed physicians or dentists, concurring in the necessity for each surgery, are obtained prior to the performance of such surgery.

I hereby give consent to the following medical care providers and local hospital to be called:

Physician: _____	Phone _____
Dentist: _____	Phone _____
Medical specialist _____	Phone _____
Local Hospital _____	Phone _____

Signature _____ Date _____

REFUSAL TO CONSENT: I DO NOT give my consent for emergency medical treatment of my child. In the event of illness or injury requiring emergency treatment, I wish the school to take the following action:

Signature: _____ Date _____

Please complete other side