

## AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA

Como tutor legal de el menor \_\_\_\_\_, autorizo al director o su designado, en cuyos cuidados se ha confiado el menor mencionado arriba, que inicien un cuidado de emergencia de paramédicos/ambulancia para transportar al menor y consiento a un examen de rayos X, anestesia, diagnosis medica o cirugía, tratamiento y/o cuidados de hospital para dicho menor por recomendación de un medico titulado y/o dentista.

Yo entiendo que esta autorización se da por adelantado de cualquier diagnosis, tratamiento, o cuidados de hospital y provee autoridad y poder a los agentes anteriormente mencionados para brindar consentimiento específico a cualquiera o todos los diagnosis, tratamientos, o cuidados de hospital el cual un médico titulado o dentista lo crea necesario.

Esta autorización deberá ser efectiva por el año total escolar a menos que sea revocada por escrito y entregada a tales agentes. Yo entiendo que el **Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro**, sus empleados y su Consejo Administrativo no asumen responsabilidad de cualquier clase en relación a la transportación o tratamiento de dicho menor. Se entiende además que todos los costos de transportación de paramédicos/ambulancia, hospitalización y cualquier revisión, Rayos X, o tratamiento proveído en relación a esta autorización, deberá ser mi responsabilidad.

Yo entiendo que el **Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro** no provee seguro médico para lesiones de los alumnos pero sí ofrece seguro contra accidente/salud de alumnos para su compra voluntaria. Yo he recibido la información y la solicitud para este programa.

**FAVOR DE MARCAR:**     Yo inscribiré a mi hijo/hija en este programa

Yo no inscribiré a mi hijo/hija en este programa

**X**

Firma de los Padres/Tutores

Fecha

<b>Doctor de la Familia</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Teléfono del Día</b>
<b>Plan de Salud/Seguro (ejemplo; Blue Cross, Kaiser, etc.)</b>		<b>Número de Grupo/Póliza</b>
<b>Mi hijo/hija esta alérgico a los siguientes medicamentos:</b>		
<b>Otros medicamentos usados:</b>		
<b>Mi hijo/hija tiene los siguientes problemas:</b>		
<b>Firma de los Padres/Tutores:</b>		<b>Fecha:</b>