

**ESCUELAS PUBLICAS DE DAYTON
AUTORIZACION PARA EMERGENCIA MEDICA**

| | | | |
|---|---------------------|-------------------------------------|---------------------|
| Maestro (o) salón/grado | Escuela | No. de identificación de estudiante | Fecha |
| Apellido del estudiante | Nombre | Segundo nombre | Sexo |
| Dirección del estudiante | | Fecha de nacimiento | Teléfono de la casa |
| Padre/Guardián | Lugar donde trabaja | Código postal | |
| Madre/Guardián | Lugar donde trabaja | Teléfono del trabajo | |
| PERSONAS ALTERNAS A LAS QUE SE LES NOTIFIQUE CUANDO NO SE PUEDA LOCALIZAR A LOS PADRES | | | |
| (1). | | (2). | |
| Nombre | Teléfono | Nombre | Teléfono |

SE DEBE COMPLETAR LA PARTE I O LA PARTE II

PARTE I: SE AUTORIZA

En el caso de haber hecho intentos razonables para localizar a _____ en el _____ 0
 _____ Padre/guardián Número de teléfono
 _____ en el _____ y no haber tenido éxito, por medio de la presente yo autorizo:
 Madre/guardián Número de teléfono
 (1) la administración de cualquier tratamiento que el Dr. _____ o
 Dr. _____ Médico
 _____ Dentista considere necesario, o en el caso de que no esté disponible, otro médico o
 dentista; y (2) la transferencia del niño (a) a _____
 Hospital
 O cualquier otro hospital razonablemente accesible.

ESTA AUTORIZACION NO CUBRE CIRUGIA MAYOR MENOS QUE SE OBTENGAN LAS OPINIONES DE OTROS DOS MEDICOS/DENTISTAS Y SEAN CONCURRENTES DE LA CIRUGIA. POR FAVOR ANOTE ABAJO EL HISTORIAL MEDICO DEL NINO (A) O CUALQUIER DANO FISICO QUE DEBA SABER ELE MEDICO.

Su hijo(a) ha tenido: Problemas de corazón ___ Tuberculosis ___ Epilepsia ___ Diabetes ___ Otro ___
 (convulsiones) (azúcar)

Explique cualquier alergia o enfermedad que cause dificultad: _____

Explique cualquier uso regular de medicamentos: _____

| | | |
|-------|--------------------------|-------|
| Fecha | Firma del padre/guardián | Fecha |
|-------|--------------------------|-------|

PARTE I: NO SE AUTORIZA

YO NO DOY MI AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA PARA MI HIJO (A). EN CASO DE ENFERMEDAD O LESION QUE REQUIERA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA NO HAGAN NADA O:

| | | |
|-------|--------------------------|-------|
| Fecha | Firma del padre/guardián | Fecha |
|-------|--------------------------|-------|

EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA FORMA SE ENCUENTRA UNA COPIA DEL CODEIGO REVISADO DE OHIO

Para uso de la oficina

| | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Asignación de la escuela | Número de marbete de la corte _____ |
| Autorizado por: _____ | Fecha: _____ |
| Transporte: _____ | |