



**SEYMOUR COMMUNITY
SCHOOLS
AUTORIZACIÓN MÉDICA EN
CASO DE EMERGENCIA**



Nombre de la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____

Grado _____ Dirección _____

Padre/tutor _____ Teléfono _____

**CONSENTIMIENTO PARA OTORGAR TRATAMIENTO
AÑO ESCOLAR 2017-2018**

En caso de intentos razonables para ponerse en contacto conmigo al _____
(casa/trabajo/celular) o a _____ (nombre de emergencia) al numero
_____ (teléfono de emergencia) no ha sido posible. Doy mi consentimiento para:

- 1.) La administración de cualquier tratamiento que sea necesario por un medico con licencia o un dentista.
- 2.) La transferencia a mi hijo a _____ (hospital de su elección) o a cualquier hospital razonablemente accesible.

Esto no cubre una cirugía mayor a menos que las opciones medicas de dos (2) de los médicos con licencia o dentista coincidan con la necesidad de cada cirugía sea obtenida antes de realizar dicha cirugía.

Este consentimiento no se extiende a cualquiera de los siguientes procedimientos

1. _____
2. _____
3. _____

Datos relativos a las alergias, medicamentos o impedimento físico para el estudiante mencionado anteriormente incluyen:

Firma del estudiante/atleta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del padre/tutor: _____

Testigos: _____ Fecha: _____