



DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE YOUNGSTOWN
FORMULARIO MEDICO EN CASO DE EMERGENCIAS MÉDICAS
(EMERGENCY MEDICAL FORM)
Año Escolar **2020-2021**

Nombre: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Maestro(a): _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico del Encargado: _____ Espejuelos: Contactos: Audífono: Otros: _____

Medicamentos (nombre, dosis y hora): _____

Alergias (medio ambiente, alimentos, insectos, medicamentos): _____

Asma: Diabetes: Convulsiones: Epi-Pen (auto-injector): Otras Condiciones: _____

Inhalador: ¿El estudiante realmente usa un inhalador en la orden del doctor? **Sí:** **No:**

Permiso para compartir información sobre la salud del estudiante con el personal autorizado escolar y de emergencias médicas: **Sí:** **No:**

Padre: _____ #Trabajo: _____ Teléfono del día: _____ #Celular _____

Madre: _____ #Trabajo: _____ Teléfono del día: _____ #Celular _____

Otros contactos de emergencia por si no se pudo localizar a los padres:

Nombre/Parentesco _____ Teléfono del día _____ #Celular _____

Nombre/Parentesco _____ Teléfono del día _____ #Celular _____

Nombre/Parentesco _____ Teléfono del día _____ #Celular _____

Firma del Tutor/Madre: _____ Fecha: _____

Por este medio doy mi consentimiento para los siguientes proveedores de cuidado médico y hospital local para ser llamado:

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del Dentista: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Hospital preferido de ser necesaria una transportación de emergencia: _____

Médico Especialista: _____ Teléfono: _____

A Continuación Por Favor Complete Ya Sea la Parte #1 o la Parte #2

Parte #1 Otorgamiento de Consentimiento

Cuando los intentos para contactarme no han tenido éxito, Yo **DOY MI CONSENTIMIENTO** para (1) la administración de cualquier tratamiento que se considere necesario por mi médico designado(s), o, en el caso de que el médico designado no está disponible, por otro médico o dentista; & (2) el traslado del menor a cualquier hospital razonablemente accesible. Si el transporte en ambulancia es necesario, el padre/encargado es responsable por los gastos incurridos. Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que la opinión médica de otros dos médicos o dentistas licenciados, que concurren en la necesaria para este tipo de operación, se obtienen antes de la realización de la cirugía.

Parte #2 Denegado el Consentimiento

Yo **NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para el tratamiento médico de emergencia de mi hijo/a. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, deseo que las autoridades escolares tomen la siguiente acción:

Firma del Tutor/Madre: _____ Fecha: _____