

## AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA

Este formulario debe ser llenado completamente para que su niño pueda participar en la siguiente actividad:

Yo, el firmante, soy el padre/tutor de \_\_\_\_\_, un(a) estudiante de KHM  
S quien reside conmigo en el domicilio mostrado más adelante, y quien asiste a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ del Distrito Escolar Unificado # 457.

Para que en caso de que se hagan todos los intentos por comunicarse conmigo pueden comunicarse conmigo al:

Tel. \_\_\_\_\_ ó al  
Tel. \_\_\_\_\_ (segundo teléfono de emergencia)

**En caso de emergencia- Por este medio doy mi consentimiento a lo siguiente:**

1.

Para que un miembro del personal de la escuela mencionada solicite ayuda o tratamiento médico o dental para mi niño lo cual puede ser necesario debido a la participación en una excursión o actividad patrocinada por la escuela.

Para la transferencia del estudiante cualquier hospital razonablemente accesible.

El padre/tutor será responsable por cualquier gasto médico incurrido para tal tratamiento.

Esta autorización no cubre una cirugía mayor a menos que la opinión médica de dos médicos o dentistas certificados coincidan en cuanto a la necesidad para tal cirugía.

Anote las alergias y medicamentos actuales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cobertura médica/dental \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

Por marque aquí si no tiene cobertura de seguro médico: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_