

Distrito Escolar de Ottawa

USD #290

Consentimiento Médico para Tratamiento de Emergencia / Política sobre Sustancias

Yo, _____, padre, madre o tutor(a) legal de _____
(Padre, madre o tutor(a)) (Nombre del estudiante)

Fecha de nacimiento _____, autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba atención médica de rutina y de emergencia cuando el personal médico calificado lo considere necesario. Esta autorización se otorga antes de que se requiera cualquier tratamiento específico y renuncio a mi derecho de consentimiento informado previo para dicho tratamiento. **Esta autorización permanecerá vigente a menos que sea revocada por escrito por mí o hasta el 30 de junio del año escolar en curso.**

(Firma del estudiante)

(Fecha)

(Firma del padre, madre o tutor(a) legal)

(Fecha)

(Testigo)

(Fecha)

Información adicional:

Médico de familia: _____

Teléfono: _____

Seguro médico: _____

ID: _____

Código de beneficios: _____

Nombre del asegurado: _____

Número de cuenta: _____

Historial médico:

Alergias (incluyendo medicamentos): _____

Enfermedades crónicas o problemas médicos existentes:

Medicamentos que toma actualmente: _____

Información de contacto en caso de emergencia: _____

Este formulario debe ser notariado si el estudiante participa en deportes o en actividades que requieran pasar la noche fuera de casa.

Notario:
