**Superintendent**
Morgan Nugent

# AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Como custodio legal de un menor, por la presente autorizo al director o su designado, a cuyo cuidado se ha confiado el alumno menor mencionado anteriormente, a iniciar la atención paramédica/ambulancia o el transporte para dicho menor y a consentir cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención hospitalaria que se le brinde a dicho menor siguiendo el consejo de cualquier médico y/o dentista autorizado.

Entiendo que esta autorización se otorga con antelación a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria requerida y proporciona autoridad y poder a los agentes antes mencionados para dar consentimiento específico para cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que un médico o dentista autorizado considere necesario.

Esta autorización permanecerá vigente durante todo el año escolar a menos que se revoque por escrito y se entregue a dicho(s) agente(s). Entiendo que la Fall River Joint Unified El Distrito Escolar, sus empleados y su Junta Directiva no asumen ninguna responsabilidad en relación con el transporte o el tratamiento de dicho menor. Asimismo, entiendo que todos los costos de transporte paramédico/ambulancia, hospitalización y cualquier examen, radiografía o tratamiento proporcionado en relación con esta autorización serán de mi responsabilidad.

Entiendo que el Fall River Joint Unified Distrito escolar<u>no lo hace Ofrece</u> seguro médico para estudiantes con lesiones, pero ofrece seguro de accidentes y enfermedad para estudiantes de compra voluntaria. He recibido la información y la solicitud para este programa.

POR FAVOR, COMPRUEBE: □Inscribiré a mi hijo en el programa.
□No inscribiré a mi hijo en el programa.

| | |
|---|---|
| Nombre del estudiante: | Teléfono de los padres: |
| Doctor familiar:<br>DIRECCIÓN: | Doctor teléfono: |
| Plan de salud/seguro (es decir, Blue Cross, Kaiser, etc.): | N.º de grupo/póliza: |
| Mi hijo es alérgico a los siguientes medicamentos: | |
| Otros medicamentos utilizados: | |
| Mi hijo tiene los siguientes problemas de salud: | |
| Firma del padre o tutor: | Fecha: |