

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SIMI VALLEY 2006-07
AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA

Nombre del Alumno

(Apellido)

(Nombre)

Numero del Alumno #

Tenga la seguridad de que las autoridades le notificaran a usted o a su representante designado cuando su hijo este enfermo o lastimado. Sin embargo, si no se puede localizar a nadie y su hijo tiene necesidad de cuidado de emergencia, es de la polftica de la Junta de Educaci3n obtener transporte (10 cual puede llegar a ser una ambulancia) para el hospital de emergencia mas cercano. En caso de cualquier instruccion contraria, esta sera adjunta a esta autorizacion de emergencia en el archivo de la escuela.

(Marque uno)

Soy el padre con custodia legal

Soy el apoderado legal

Mi hijo _____ (un alumno menor de edad), ha sido c3fiado, para permitir cualquier tratamiento de emergencia.

El tratamiento de emergencia puede incluir: Examen de Rayos-X, anestesia, diagnostico medico o quirurgico, tratamiento y/o cuidado de hospital para ser dado a dicho menor de edad. Todo el cui dado debera ser dado bajo la supervisi3n de un medico con licencia del Estado de California. Las emergencias dentales pueden requerir de un examen de Rayos-X, anestesia, diagnostico dental quirurgico, tratamiento y/o cuidado de hospitalizaci3n para ser dado a dicho menor de edad. Todo el cuidado dental debera ser dado bajo la supervision de un dentista con licencia del Estado de California. Esta autorizaci3n da mi consentimiento para cualquier tratamiento de emergencia o cuidado de hospital anteriormente mencionado.

Esta autorizaci3n surtira efecto durante el presente ano escolar a menos que sea revocada por escrito y entregada debidamente a dicho agente.

Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Simi Valley, sus personeros y empleados no asumen responsabilidad legal alguna en relaci3n con cualquier tratamiento medico de emergencia o transporte. Ademas, entiendo que todos los costos de ambulancia, hospitalizaci3n y cualquier examen, Rayos-X o tratamiento proveido en relacion con esta autorizacion estaran a cargo del abajo firmante.

Firma del Padre/ Apoderado: _____ Fecha: _____

Para el Ano Escolar
06-07. Estara en
efecto desde agosto
del 2006 para agosto
del 2007

Nombre del Padre/ Apoderado: _____

Mi hijo e.s alergico alas siguientes medicinas: _____

Mi hijo est a registrado en el siguiente hospital o centro medico: _____

Compania de Seguro Medico:

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SIMI VALLEY 2006-07
AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA

Nombre del Alumno

(Apellido)

(Nombre)

Numero del Alumno #

Tenga la seguridad de que las autoridades le notificaran a usted o a su representante designado cuando su hijo este enfermo o lastimado. Sin embargo, si no se puede localizar a nadie y su hijo tiene necesidad de cui dado de emergencia, es de la polftica de la Junta de Educacion obtener transporte (10 cual puede llegar a ser una ambulancia) para el hospital de emergencia mas cercano. En caso de cualquier instruccion contraria, esta sera adjunta a esta autorizacion de emergencia en el archivo de la escuela.

(Marque uno)

Soy el padre con custodia legal

Soy el apoderado legal

Mi hijo _____ (un alumno menor de edad), ha sido c3fiado, para permitir cualquier tratamiento de emergencia.

El tratamiento de emergencia puede incluir: Examen de Rayos-X, anestesia, diagnostico medico o quirurgico, tratamiento y/o cui dado de hospital para ser dado a dicho menor de edad. Todo el cuidado debera ser dado bajo la supervisi3n de un medico con licencia del Estado de California. Las emergencias dentales pueden requerir de un examen de Rayos-X, anestesia, diagnostico dental quirurgico, tratamiento y/o cuidado de hospitalizaci3n para ser dado a dicho menor de edad. Todo el cuidado dental debera ser dado bajo la supervision de un dentista con licencia del Estado de California. Esta autorizacion da mi consentimiento para cualquier tratamiento de emergencia o cui dado de hospital anteriormente mencionado.

Esta autorizacion surtira efecto durante el presente ano escolar a menos que sea revocada por escrito y entregada debidamente a dicho agente.

Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Simi Valley, sus personeros y empleados no asumen responsabilidad legal alguna en relacion con cualquier tratamiento medico de emergencia o transporte. Ademas, entiendo que todos los costos de ambulancia, hospitalizaci3n y cualquier examen, Rayos-X o tratamiento proveido en relacion con esta autorizacion estaran a cargo del abajo firmante.

Firma del Padre/ Apoderado: _____ Fecha: _____

Para el Ano Escolar
06-07. Estara en
efecto desde agosto
del 2006 para agosto
del 2007

Nombre del Padre/ Apoderado: _____

Mi hijo es alergico alas siguientes medicinas: _____

Mi hijo esta registrado en el siguiente hospital o centro medico: _____

Compania de Seguro Medico: