



Administrative Offices
137 Clough Street
Bowling Green OH 43402

Maestra/o _____
(Solo para Uso de Oficina de PE/Primaria)

Autorización para Emergencias Medicas Escuelas de la Ciudad de Bowling Green

Este formulario debe completarse anualmente.

➡ Nombre del/a Estudiante (Por favor imprima: Apellido, Primer Nombre, Inicial)

➡ Dirección:

Teléfono de la Casa:
Fecha de Nacimiento:
Sexo:

➡ Escuela _____ Grado _____
➡ Nombres de hermano/as y Grados:
1. _____
2. _____
3. _____

Si su dirección ha cambiado desde el año escolar anterior, por favor dar copia del contrato de renta o compra en un sobre adjunto a este formulario.

Situación de los Padres Al momento del Nacimiento:

Casados ___ Divorciados ___ Separados ___ Solteros ___ Custodia es de: ___Madre ___Padre ___Ambos

Nombre Guardián: _____ ***Si la custodia ha cambiado por favor dar copia de la orden de la corte.***

➡ Correo electrónico de los Padres:

Condiciones Médicas:

Por favor liste información concerniente a la historia médica del/a estudiante, incluyendo alergias, medicaciones que esté tomando, y cualquier impedimento físico que sea importante que el medico sepa.

Propósito – Emergencia Médica:

Para que los padres/guardianes autoricen tratamiento médico de emergencia para los niños que se enfermen o lastimen cuando se encuentran bajo autoridad de la escuela y cuando los padres/guardianes no se puedan contactar.

➡ **PARTE 1 O PARTE 2 DEBE SER COMPLETADA:**

PARTE 1: PARA DAR CONSENTIMIENTO

Doy consentimiento para que se contacte a los siguientes proveedores médicos y el hospital local:

Doctor	Teléfono
Dentista	Teléfono

En caso de que esfuerzos razonables para contactarme no han dado resultados, doy consentimiento para 1.) la administración de cualquier tratamiento considerado necesario por los doctores nombrados arriba, o, en el evento que los designados no estén disponibles, por cualquier otro médico y/o dentista licenciado, y 2) la transferencia del niño a cualquier hospital razonablemente accesible. Esta autorización no cubre cirugía mayor, a menos que opiniones médicas de otros dos médicos o dentistas licenciados, confirmando acuerdo con la necesidad de dicha cirugía, son obtenidas antes de que la cirugía se haga. ***Abajo están los datos sobre la historia médica del/a niño/a incluyendo alergias, medicamentos que toma, e impedimentos físicos que debe conocer el médico.***

Firma del Padre/Madre/Guardian _____

PARTE 2: PARA NEGAR CONSENTIMIENTO

NO doy consentimiento para el tratamiento medico de emergencia de mi hijo/a. En el caso de enfermedad o lesion que requiera tratamiento medico de emergencia, quiero que las autoridades de la escuela hagan lo siguiente:

Firma
Padre/Madre/Guardian _____

Permiso para viajes de estudio: Mi hijo/a tiene mi permiso para participar en todos los viajes de estudio durante el actual año escolar con las Escuelas de la Ciudad de Bowling Green. Los detalles de cada viaje escolar serán enviados por escrito a su casa con su niño/a.

➔ Firma del Padre/Madre/Guardian _____



Información Contacto

Nombre del/a Estudiante:

Contacto Primario:	Dirección:	Lugar de Empleo
Teléfono fijo:		
Tel Celular:		

Padre:	Dirección:	Lugar de Empleo
Teléfono fijo:		
Tel Celular:		

Madre:	Dirección:	Lugar de Empleo
Teléfono fijo:		
Tel celular:		

Otro:	Dirección:	Lugar de Empleo
Teléfono fijo:		
Tel celular:		

Otro:	Dirección:	Lugar de Empleo
Teléfono fijo:		
Tel celular:		

Otro:	Dirección:	Lugar de Empleo
Teléfono fijo:		
Tel celular:		

Otro:	Dirección:	Lugar de Empleo
Teléfono fijo:		
Tel celular:		

SE REQUIERE QUE LOS ESTUDIANTES DE PRE-ESCOLAR TENGAN LA MADRE Y/O EL PADRE Y OTROS 3 CONTACTOS ADICIONALES