

**CLOVIS MUNICIPAL SCHOOLS
AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

GEN 591

PROPÓSITO: Para permitir a los padres/guardianes que autoricen las provisiones del tratamiento de emergencia para los niños que se enfermen o se dañen mientras que estén bajo la autoridad de la escuela cuando los padres no se puedan alcanzar y autorizar para difundir información médica a los oficiales/empleados de la escuela que tienen responsabilidad del estudiante mientras el estudiante está en la escuela o un acontecimiento de la escuela y/o es transportado por las escuelas.

Información del Estudiante

Nombre _____ # Móvil de Estudiante _____
 Apellido _____ Primer _____ Medio _____
 Escuela _____ Grado _____ Maestra _____ # de Autobús _____
 Día de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____
 Dirección Casero _____ Teléfono Casero _____
Nombre Entero de Guardián Legal _____ Teléfono Móvil _____
 Lugar de Empleo _____ Teléfono _____
 Dirección de Email _____
Nombre Entero de Guardián Legal _____ Teléfono Móvil _____
 Lugar de Empleo _____ Teléfono _____
 Dirección de Email _____

Hay una orden de Custodio Legal que aplica a este niño? (Por Favor Circule) Sí No
 Si es "Sí", favor de dar detalle _____

Información del Seguro Medico

Favor de marcar el tipo de seguro medico que tiene su niño: Privado Medicaid Ninguno

Contactos de Emergencia (se hablaran si **NO SE ENCUENTRA** el padre/guardián)

1. Nombre	Relación	Teléfono	Móvil
2. Nombre	Relación	Teléfono	Móvil
3. Nombre	Relación	Teléfono	Móvil
4. Nombre	Relación	Teléfono	Móvil

Información para Cuidado de Emergencia

Médico	Teléfono	Facsimile
Dentista	Teléfono	Facsimile
Enfermera Profesional/Asistente de Médico	Teléfono	Facsimile
Hospital	Teléfono	Facsimile

Consentimiento

En caso de emergencia que implica a mi niño, y después de intentos razonables a contactarme han sido fracasados, doy por este medio mi consentimiento para el transito de mi niño a los médicos y/o el hospital antedichos, y autorizo a estos médicos y hospital a administrar cuidado medico y de salud razonable y acostumbrado juzgado necesario.
 Esta autorización no cubre operaciones graves solamente que las opiniones medicas de otros dos médicos licenciados o dentistas concurren en la necesidad para tal cirugía se obtienen antes del funcionamiento de tal cirugía.
 No se construirá nada en esta sección para imponer responsabilidad ante ningún oficial o empleado de la escuela que, de buena fe, intenten conformarse con esta sección.
 Esta entendido que yo será responsable financieramente por el cuidado de emergencia.
Yo entiendo que es mi responsabilidad avisar la escuela inmediatamente de cualquier cambio de información sobre esta forma.

Firma de Padre/Guardián Legal _____ **Fecha** _____

Favor de completar la Tarjeta de Firmas detrás de esta forma.

CLOVIS MUNICIPAL SCHOOLS TARJETA de FIRMAS

PROPOSITO: Para asegurar que nomás adultos autorizados por usted, el Padre o Guardián Legal, pueden llevarse al niño de la escuela.

Información del Estudiante

Nombre _____		
Apellido	Primero	Medio
Escuela	Grado	Maestra

Padre/Guardián Legal favor de firmar adentro el espacio proporcionado abajo y devuelva esta forma a la escuela cuanto antes. Usted NO necesita recoger firmas de otras que usted enumera abajo - las autoridades de escuela verificarán identidad y obtendrán firmas cuando estos individuos cacen a su niño de la escuela.

Firma de Padre/Guardián	Relación
Nombre con letra de molde	# Teléfono
Firma de Padre/Guardián	Relación
Nombre con letra de molde	# Teléfono
Firma	Relación
Nombre con letra de molde	# Teléfono
Firma	Relación
Nombre con letra de molde	# Teléfono
Firma	Relación
Nombre con letra de molde	# Teléfono
Firma	Relación
Nombre con letra de molde	# Teléfono

Otros Hermanos en la Familia

Nombre	Edad	Grado	Escuela
Nombre	Edad	Grado	Escuela
Nombre	Edad	Grado	Escuela
Nombre	Edad	Grado	Escuela
Nombre	Edad	Grado	Escuela

Es la responsabilidad del Padre/Guardián de poner al corriente esta información de inmediato si cambios ocurren.