



**SEYMOUR COMMUNITY  
SCHOOLS  
AUTORIZACIÓN MÉDICA EN  
CASO DE EMERGENCIA**



Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Padre/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA OTORGAR TRATAMIENTO  
AÑO ESCOLAR 2017-2018**

En caso de intentos razonables para ponerse en contacto conmigo al \_\_\_\_\_  
(casa/trabajo/celular) o a \_\_\_\_\_ (nombre de emergencia) al numero  
\_\_\_\_\_ (teléfono de emergencia) no ha sido posible. Doy mi consentimiento para:

- 1.) La administración de cualquier tratamiento que sea necesario por un medico con licencia o un dentista.
- 2.) La transferencia a mi hijo a \_\_\_\_\_ (hospital de su elección) o a cualquier hospital razonablemente accesible.

Esto no cubre una cirugía mayor a menos que las opciones medicas de dos (2) de los médicos con licencia o dentista coincidan con la necesidad de cada cirugía sea obtenida antes de realizar dicha cirugía.

Este consentimiento no se extiende a cualquiera de los siguientes procedimientos

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Datos relativos a las alergias, medicamentos o impedimento físico para el estudiante mencionado anteriormente incluyen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del estudiante/atleta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Testigos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_