



**SEYMOUR COMMUNITY  
SCHOOLS  
EMERGENCY MEDICAL  
AUTHORIZATION**



School Name: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_

Grade \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

Parent / Guardian \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

**CONSENT TO GRANT TREATMENT FORM  
2019-2020 SCHOOL YEAR**

In the event reasonable attempts to contact me at \_\_\_\_\_ (home/work/cell phone) or  
\_\_\_\_\_ (emergency name) at  
\_\_\_\_\_ (emergency phone) have been unsuccessful, I hereby give my consent for:

- 1.) The administration of any treatment deemed necessary by a licensed physician or dentist.
- 2.) The transfer of my child to \_\_\_\_\_ (hospital of choice) or any hospital reasonably accessible.

This does not cover major surgery unless the medical opinions of two (2) other licensed physicians or dentist concur with the necessity for each surgery are obtained prior to the performance of such surgery.

This consent does not extend itself to any of the following procedures

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

Facts concerning the allergies, medications, or physical impairment for the above named student include:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Student/Athlete signature: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian signature: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**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 2019-2020**

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: \_\_\_\_\_