

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MEDICA DE EMERGENCIA**  
**O.R.C. 33313.712**  
**COLUMBUS CITY SCHOOLS**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_

Propósito : Para habilitar a los padres/tutores a autorizar el tratamiento de emergencia para los niños que se enfermen o lesionen mientras estén bajo la autoridad de la escuela, cuando los padres/tutores no pueden ser localizados.

Padre o Tutor Residencial

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Teléfono Durante el Día: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono Durante el Día: \_\_\_\_\_

Otros Nombres: \_\_\_\_\_

Teléfono Durante el Día: \_\_\_\_\_

Nombre del familiar o proveedor de cuidado infantil:  
\_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**PARTE I O PARTE II En El Reverso De Esta Tarjeta**  
**DEBE Ser Completado**

APELLIDO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Salón: \_\_\_\_\_

**PARTE I - Para Otorgar Consentimiento**

Por la presente doy mi consentimiento para que se llame al siguiente proveedor de atención médica y al hospital local:

Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Médico Especialista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital Local: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Sala de Emergencia: \_\_\_\_\_

En el caso de que los intentos razonables de contactarme no hayan tenido éxito. Por la presente doy mi consentimiento para (1) la administración de cualquier tratamiento considerado necesario por el médico mencionado anteriormente, o, en el caso de que el médico preferido designado no esté disponible, por otro médico o dentista autorizado: y (2) la transferencia de el niño(a) a cualquier hospital razonablemente accesible.

Esta autorización no cubre la cirugía mayor a menos que se obtengan las opciones médicas de otros dos médicos o dentistas con licencia, que coincidan con la necesidad de dicha cirugía, antes de la realización de dicha cirugía.

A continuación se enumeran los hechos relacionados con el historial médico del niño(a), incluidas las alergias, los medicamentos que se toman y cualquier deficiencia física a la que se debe alertar a un médico.

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

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

**NO Complete la Parte II Sí ha Completado la Parte I**

**Parte II – Rechazo de Consentimiento**

**NO** doy mi consentimiento para el tratamiento de emergencia de mi hijo(a). En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, deseo que las autoridades escolares tomen las siguientes medidas:

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

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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