

ESCUELA \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_  
PADRE \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE PERMISO MÉDICO**

**Autorización Para Atención Médica:**

En caso de una emergencia médica o enfermedad, por la presente autorizo a las Escuelas Públicas de Greenwich para proporcionar primeros auxilios y / o para solicitar tratamiento médico de emergencia y el transporte a un hospital. Cualquier hospital o personal médico de emergencia están autorizados a proporcionar tratamiento a mi hijo(a) de tal naturaleza que estimen pertinentes y consultar con el médico que está nombrado en el Perfil del Estudiante.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DOCTOR DEL ESTUDIANTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

**DENTISTA DEL ESTUDIANTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Número de Emergencia de Padre/Madre: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO DEL NIÑO(A)**

ESTA SECCIÓN ES REQUERIDA POR EL ESTADO:

Su hijo tiene seguro médico?  Si   No  Si su hijo(a) no tiene seguro médico, nosotros le proporcionaremos información sobre el Plan HUSKY de Connecticut. Su firma significa que la escuela puede proporcionar información de contacto del Departamento de Servicios Sociales de Connecticut (agencia administradora del Plan HUSKY) o información sobre cómo inscribirse en HUSKY.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha