

# FORMATO DE AUTORIZACION MERGENCIA MEDICA 2024-2025

Los programas de Educación Especial de **Orange-Ulster BOCES** debe tener permiso de los padres para proporcionar tratamiento médico de emergencia a su hijo en caso de que ocurra un accidente durante el horario escolar. Este formulario se usará **sólo** si no se puede contactar a uno de los padres o los adultos enumerados a continuación. El seguro de accidentes para estudiantes de **Orange-Ulster BOCES** solamente paga los costos que **NO están** cubiertos por su seguro familiar. El hospital necesitará su número de póliza de seguro de salud antes de que su hijo pueda ser tratado. Proporcione la información a continuación de inmediato para que podamos brindarle atención médica lo más rápido posible en caso de una emergencia. Llame a la Oficina de Salud de **BOCES** si tiene alguna pregunta. Gracias.

**Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Distrito:** \_\_\_\_\_

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

**\* En caso de emergencia, indique el orden en el que nos pongamos en contacto con el siguiente \***

1 <sup>ra</sup> Persona Contacto	Padre / Tutor	Relación con el estudiante	Teléfono por orden de preferencia	Hogar / Trabajo / Celular
			1)	
	Contacto vive con estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		2)	
Correo electrónico: _____			3)	

2 <sup>da</sup> Persona Contacto	Padre / Tutor	Relación con el estudiante	Teléfono por orden de preferencia	Hogar / Trabajo / Celular
			1)	
	Contacto vive con estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		2)	
Correo electrónico: _____			3)	

3 <sup>ra</sup> Persona Contacto	Otro	Relación con el estudiante	Teléfono por orden de preferencia	Hogar / Trabajo / Celular
			1)	
	Contacto vive con estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		2)	
Correo electrónico: _____			3)	

**Proveedor de Atención Médica:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Medicamento (Incluir nombre, dosis, tiempo):** \_\_\_\_\_

**Problemas / Afecciones Médicas:** \_\_\_\_\_

**Alergias (Asma, etc.):** \_\_\_\_\_

**Equipo especial:** \_\_\_\_\_

**Seguro Médico Privado (Nombre, número de póliza):** \_\_\_\_\_

**Seguro Médico de Medicaid (Nombre, número de póliza):** \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación autoriza a Orange-Ulster BOCES a divulgar la información confidencial de mi hijo al personal de la escuela u otras personas que necesiten saber: maestro, director, enfermera, director de transporte del distrito escolar y conductor del autobús escolar según sea necesario, para proporcionar transporte seguro hacia y desde la escuela. El resto de la información y los registros de los estudiantes se mantendrán de manera confidencial y no se divulgarán sin la autorización por escrito de los padres o tutores.

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