

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

## **FORMA DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE TRACY**

***Nota: ¡Si la información siguiente cambia durante el año escolar, notifíquenos inmediatamente!***

**Las Normas de Tratamiento de Emergencia de las Escuelas Públicas de Tracy en casos de lesiones o enfermedad en la escuela, permiten al personal escolar llamar al teléfono de emergencia "911" la línea de emergencia.** Con autorización de los padres/tutores, los servicios médicos de emergencia se pueden suministrar. Para cualquier otra cosa que no sea el sistema de mantenimiento de vida, los profesionales médicos exigen la autorización de los padres/tutores antes de empezar a impartir el tratamiento de emergencia.

En caso de lesión o enfermedad grave el personal escolar intentara notificar a los padres/tutores inmediatamente. Si no pudiéramos localizarlos, y esta forma se encuentra en el expediente escolar, la escuela queda autorizada para arreglar el traslado del alumno a la sala de emergencia del hospital. Esta forma también autoriza al personal médico de turno a proporcionar el tratamiento de emergencia.

Sírvase llenar la forma siguiente y regresarla inmediatamente a la escuela con sus hijos para que sea colocada en el expediente durante este año escolar. Agradecemos su cooperación. **POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA.**

Nombre del Padre/Tutor con cual el estudiante reside: \_\_\_\_\_

¿Tiene Orden de Restricción? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Orden de la Corte Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si contesto Si, proporcione copias de los documentos legales pertinentes.

Ponga un Círculo Alrededor de Padre o Tutor Marque si la Dirección es Nueva: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Tutor #1: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del Trabajo: \_\_\_\_\_ # del trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ # del Hogar \_\_\_\_\_ #del Celular \_\_\_\_\_

Ponga un Círculo Alrededor de Padre o Tutor Marque si la Dirección es Nueva: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Tutor #2: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del Trabajo: \_\_\_\_\_ # del trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ # del Hogar \_\_\_\_\_ #del Celular \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, por prioridad, si no se pudiera poner en contacto con los padres, Sírvase anotar **nombres de personas LOCALES**, si es posible.

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

4. Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo algún desorden medico que la escuela/el Médico deba saber antes del tratamiento? Favor de describir: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ #: Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre compañía de seguro: \_\_\_\_\_ # Póliza: \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y TRANSPORTACIÓN**

Autorizo al Distrito Escolar Unificado de Tracy a llamar al "911" y arreglar la transportación a un centro de tratamiento de emergencia u hospital para mi hijo(a) si el/ella se lastima seriamente.

El suscrito ha autorizado el tratamiento necesario para el paciente cuyo nombre aparece arriba y que el tratamiento y procedimientos sean administrados por los médicos e integrantes del personal de dicho hospital. El suscrito entiende que un médico será elegido para beneficio del paciente en las siguientes 24 horas de hospitalización o si es que necesita mayor tratamiento, o inmediatamente, si se presentara alguna complicación.

**Responsabilidad Financiera: Se recuerda a los padres que la responsabilidad financiera incluyendo todos los costos de auxiliares médicos, transportación, hospitalización, y cualquier examinación, tratamiento, o radiografías proporcionadas será la responsabilidad del padre/tutor si es que el tratamiento de emergencia es necesario.**

El suscrito ha leído y entendido la anterior autorización y entiende la misma y certifica que ninguna garantía o promesa ha sido hecha previamente a los resultados que se puedan obtener. Esta autorización para tratamiento de emergencia y transportación tendrá efecto durante el tiempo que el alumno este inscrito en un programa del Distrito Escolar Unificado de Tracy. Por lo tanto, se autoriza proporcionar a todas las compañías y agencias de seguros toda la información necesaria para completar mi reclamación de hospitalización.

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(5 de febrero, 2010)