AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT

As legal custodian of _____a minor, I hereby authorize the principal or his/her designee, into whose care the aforementioned minor pupil has been entrusted, to initiate paramedic/ambulance care or transport for said minor and to consent to any X-ray, examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, treatment, and/or hospital care to be rendered to said minor upon the advice of any licensed physician and/or dentist.

I understand that this authorization is given in advance of any required diagnosis, treatment, or hospital care and provides authority and power to the aforementioned agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care which a licensed physician or dentist may deem necessary.

This authorization shall remain effective for the full school year unless revoked in writing and delivered to said agent(s). I understand that the **(ABC School or School District),** its employees and its Board assume no liability of any nature in relation to the transportation or treatment of said minor. I further understand that all cost of paramedic/ambulance transportation, hospitalization, and any examination, X-ray, or treatment provided in relation to this authorization shall be my responsibility.

I understand that the **(ABC School or School District)** does not provide medical insurance for student injuries but does offer student accident/sickness insurance for voluntary purchase. I have received the information and application for this program.

PLEASE CHECK: ☐ I will enroll my child in the program

☐ I will not enroll my child in the program

Signature of parent or guardian: _____ Date: _____

Family Doctor **Address**	**Daytime phone**
Health Plan/Insurance (i.e. Blue Cross, Kaiser, etc.)	**Group/Policy No.**
My child is allergic to the following medications:	
Other medications used:	
My child has the following health problems:	
Signature of Parent or Guardian:	**Date:**

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Como tutor legal de_____un menor, por la presente autorizo al tutor o a su designado, a cuyo cuidado se ha confiado dicho alumno, a iniciar la atención paramédica/ambulancia o el transporte de dicho menor y a consentir cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento o atención hospitalaria que se le brinde, siguiendo las indicaciones de un médico o dentista con licencia.

Entiendo que esta autorización se otorga con antelación a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria requerida y otorga autoridad y facultad al/a los agente(s) mencionado(s) para otorgar el consentimiento específico para cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que un médico o dentista con licencia considere necesario.

Esta autorización permanecerá vigente durante todo el año escolar a menos que se revoque por escrito y se entregue a dicho(s) agente(s). Entiendo que (la Escuela o el Distrito Escolar ABC), sus empleados y su Junta Directiva no asumen ninguna responsabilidad en relación con el transporte o el tratamiento de dicho menor. Asimismo, entiendo que todos los costos de transporte paramédico/ambulancia, hospitalización y cualquier examen, radiografía o tratamiento proporcionado en relación con esta autorización serán mi responsabilidad.

Entiendo que (la Escuela o el Distrito Escolar ABC) no proporciona seguro médico para lesiones estudiantiles, pero sí ofrece un seguro de accidentes/enfermedades para estudiantes de compra voluntaria. He recibido la información y la solicitud para este programa.

MARQUE LA CASILLA: □ Inscribiré a mi hijo/a en el programa
□ No inscribiré a mi hijo/a en el programa

Firma del padre/madre o tutor:_____Fecha:_____

Doctor de Familia: **Dirección:**	**Teléfono Diurno:**
Plan de Salud/Seguro (es decir, Blue Cross, Kaiser, etc.):	**N.º de grupo/política:**
Mi hijo es alérgico a los siguientes medicamentos:	
Otros medicamentos utilizados:	
Mi hijo tiene los siguientes problemas de salud:	
Firma del padre o tutor:	**Fecha:**