

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS DE EMERGENCIA - LENGUAJE SUGERIDO

Estimado Administrador a Escolar:

Las escuelas suelen solicitar anualmente a los padres información actualizada sobre "Emergencias". El texto de la "Autorización para Tratamiento Médico de Emergencia", que se encuentra al dorso de este formulario, incluye referencias a la responsabilidad financiera, la disponibilidad de seguro y la exención del mismo. Este (o un texto similar) se utiliza actualmente en muchas escuelas y distritos escolares por las siguientes razones:

- Para aclarar a los padres la política escolar sobre emergencias médicas;
- Para obtener autorización previa de los padres para recibir tratamiento en caso de que su hijo/a se lesione durante una actividad escolar;
- Para aclarar a los padres que la escuela no se hace responsable de los gastos médicos en caso de lesión de su hijo/a;
- Para documentar la notificación a los padres de que se ofrece un seguro de accidentes estudiantil de compra voluntaria. El uso de esta tarjeta de emergencia puede ayudar a fortalecer la posición de la escuela en caso de que un estudiante se lesione durante una actividad escolar, además de reducir la probabilidad de lesiones de estudiantes sin seguro y los litigios relacionados.

Le recomendamos que considere seriamente usar el lenguaje sugerido para la tarjeta de emergencia con todos sus estudiantes. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina al (800) 827-4695.

Atentamente,

Myers-Stevens & Toohey Co., Inc.

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: