

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA IDIOMA SUGERIDO

Estimado administrador de la escuela:

Las escuelas comúnmente buscan información actualizada sobre “Emergencias” de los padres anualmente. El lenguaje de “Autorización para tratamiento médico de emergencia” que se muestra en el reverso de este formulario incluye una referencia a la responsabilidad financiera, la disponibilidad de seguro y una exención de la misma. Actualmente, muchas escuelas y distritos escolares lo utilizan (o un idioma similar) por las siguientes razones:

- Para aclarar a los padres la política de la escuela con respecto a emergencias médicas;
- Obtener autorización previa de los padres para buscar tratamiento en caso de que su hijo se lesione durante una actividad escolar;
- Dejar en claro a los padres que la escuela no acepta responsabilidad por las facturas médicas en caso de que su hijo sufra una lesión;
- Documentar la notificación a los padres de que está disponible la compra voluntaria de un seguro de accidentes para estudiantes;

El uso de este enfoque de tarjeta de emergencia puede ayudar a fortalecer la posición de la escuela en caso de que un estudiante se lesione durante una actividad escolar, así como reducir la probabilidad de lesiones de estudiantes no asegurados y litigios relacionados.

Le recomendamos que considere seriamente utilizar el idioma sugerido para las tarjetas de emergencia para todos sus estudiantes. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina al (800) 827-4695.

Sinceramente,

Myers - Stevens & Toohey Co., Inc.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Como custodio legal de _____ un menor, autorizo al director o su designado, a cuyo cuidado se le ha confiado el alumno menor mencionado anteriormente, a iniciar el cuidado o transporte de paramédico/ambulancia para dicho menor y dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, diagnóstico, tratamiento y/o atención hospitalaria anestesia, médico o quirúrgica y/o dentista con licencia.

Entiendo que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria requeridos y proporciona autoridad y poder a los agentes antes mencionados para dar consentimiento específico a todos y cada uno de dichos diagnósticos, tratamiento o atención hospitalaria que una licencia médico o dentista lo considere necesario.

Esta autorización permanecerá vigente durante todo el año escolar a menos que se revoque por escrito y se entregue a dicho agente(s). Entiendo que la secundaria North Marion, sus empleados y su junta no asumen responsabilidad de ninguna naturaleza en relación con el transporte o tratamiento de dicho menor. Además, entiendo que todo el costo del transporte o tratamiento en ambulancia/paramédico, hospitalización y cualquier examen, radiografía o tratamiento proporcionado en relación con esta autorización será mi responsabilidad.

Entiendo que la escuela secundaria North Marion no proporciona seguro médico para las lesiones de los estudiantes, pero sí ofrece un seguro de accidentes/enfermedad para estudiantes para la compra voluntaria. He recibido la información y la solicitud necesaria para este programa.

POR FAVOR MARCA: Inscribiré a mi hijo/a en la programa

No inscribiré a mi hijo/a en la programa

Firma del padre o tutor:

Fecha:

Doctor de Familia	Dirección	Numero de Telefono
Plan de Salud/Seguro (es decir, Blue Cross, Kaiser, etc.)		Grupo/Poliza No.
Mi hijo/a es alérgico/a a los siguientes medicamentos:		
Otros medicamentos utilizados:		
Mi hijo/a tiene los siguientes problemas de salud:		
Firma del padre o tutor:		Fecha: