



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Como tutor legal de _____, un menor de edad, por la presente autorizo al director, o la persona que él/ella designe, a quien se le ha encomendado el estudiante menor de edad que se mencionó, para que solicite la atención de los paramédicos o la transportación en ambulancia para el menor de edad mencionado y autorice los rayos X, el examen, la anestesia, el diagnóstico médico o quirúrgico, el tratamiento, y/o cuidado hospitalario para dicho menor de edad, conforme a la recomendación que brinde un médico y/o un dentista acreditado.

Entiendo que esta autorización se otorga antes que sea necesario un diagnóstico, tratamiento o cuidado hospitalario, y brinda la autoridad y el poder al/los representante(s) que se mencionan anteriormente para que den su consentimiento específico a uno o todos los diagnósticos, tratamientos y cuidado hospitalario que un médico o dentista acreditado pudiera considerar necesario.

Esta autorización está vigente para el año escolar en su totalidad a menos que se anule por escrito y se entregue al/los representante(s) mencionados. Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Santa Mónica-Malibu, sus empleados y la Mesa Directiva no asumen responsabilidad de ningún tipo en relación a la transportación o tratamiento de dicho menor de edad. También comprendo que es mi responsabilidad el costo total de los paramédicos/transportación en ambulancia, la hospitalización y cualquier tipo de exámenes, rayos X o tratamiento que se brinde debido a esta autorización.

Entiendo que el Distrito Escolar de Santa Mónica-Malibú no ofrece seguro médico que cubra las lesiones de los estudiantes, pero sí cuenta con seguro en caso de accidentes/enfermedad cuya compra es voluntaria. He recibido la información y la solicitud para dicho programa.

FAVOR DE MARCAR: Inscribiré a mi hijo(a) en el programa
 No inscribiré a mi hijo(a) en el programa

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Doctor de cabecera	Dirección	Número telefónico
Seguro/plan de salud (p.ej. Blue Cross, Kaiser, etcétera)		Grupo/No. de póliza
Mi hijo(a) es alérgico(a) a los siguientes medicamentos:		
Otros medicamentos que toma:		
Mi hijo(a) tiene los siguientes problemas de salud:		
Firma del padre o tutor legal:		Fecha: