

# Escuela de Nuestra Señora de Hungría

735 West Calvert Street . South Bend, Indiana 46613 . (574) 289-3272

## Formulario de Emergencia y Atención Médica

Nota: Los padres deben firmar ya sea **Parte I** (Consentimiento...) O **la Parte II** (Autorización para notificar o Denegación de Consentimiento) antes del comienzo de cada año escolar por cada niño/a inscrito en una escuela Diocesana. Los padres son responsables de la actualización de la información de este formulario durante el año escolar si se producen cambios.

### Parte 1... Consentimiento para Cuidado Médico de Emergencia

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Escuela: Nuestra Señora de Hungría Grado: \_\_\_\_\_

**Entiendo que en caso de emergencia, las circunstancias exigentes pueden prevenir a la escuela de ponerse en contacto conmigo de inmediato, o la escuela no puede localizarme. Por lo tanto, doy mi consentimiento para que la escuela tome acción y considere las medidas necesarias para garantizar el cuidado/tratamiento médico de emergencia para mi hijo/a incluso si no he sido contactada.**

Entiendo que las decisiones sobre el cuidado/tratamiento médico de emergencia es administrado por profesionales de la salud y no por la escuela que las circunstancias exigentes puedan requerir la administración del cuidado/tratamiento médico de emergencia sin mi consentimiento previo. Sin embargo, he indicado a continuación las preferencias de tratamiento que tengo para mi hijo/a y que la escuela puede revelar a un proveedor de atención médica. (Los padres/tutores pueden completar cualquiera de los siguientes):

\_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_ es mi médico preferido y el Dr. \_\_\_\_\_ es mi Dentista Preferido  
\_\_\_\_\_ es mi hospital preferido.

\_\_\_\_\_ Tendrán que recibir mi consentimiento para que mi hijo/a reciba cirugía mayor a no ser que las opciones de dos médicos de dos o dentistas con licencia, concurran en la necesidad de la cirugía, antes que se realice la \_\_\_\_\_ cirugía.

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

### La escuela también puede revelar la siguiente información marcada a un proveedor de atención médica:

\_\_\_\_\_ Información de Seguro Médico \_\_\_\_\_ Nombre de Compañía del Seguro Medico \_\_\_\_\_  
Numero de Reclamación de la Póliza/Grupo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lo siguiente es información acerca de las alergias de mi hijo/a, la medicación que está tomando mi hijo/a y otros aspectos médicos de mi hijo/a: \_\_\_\_\_

Entiendo que en caso de una emergencia, la escuela hará esfuerzos razonables para notificar a un proveedor de atención médica la información marcada, pero reconozco que soy responsable de comunicar dicha información al personal médico adecuado.

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

\*\*\*\*\*Parte II.

### O Parte 2... Niega Recibir Atención Médica de Emergencia

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia, solicito que la escuela haga esfuerzos razonables para ponerse en contacto conmigo al \_\_\_\_\_ (número de teléfono) o \_\_\_\_\_ (otro padre o adulto) al \_\_\_\_\_ (número telefónico).

Entiendo que las decisiones relativas a la administración del cuidado/tratamiento de emergencia son hechas por profesionales de salud y no la escuela. NO quiero que se le administre cuidado/tratamiento médico de emergencia a mi hijo/a. En caso de una emergencia, autorizo a la escuela para informar a cualquier profesional de salud de mis deseos. Si bien entiendo que la escuela hará un esfuerzo razonable para ponerse en contacto conmigo y / o notificar a un médico de mis deseos antes de la administración de cualquier tipo de atención/tratamiento médico de emergencia, entiendo que las circunstancias exigentes pueden prevenir esto. También entiendo que yo, no la escuela, soy responsable de comunicar mis deseos al personal médico apropiado.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor