

DISTRITO ESCOLAR DE KETTERING-CITY – AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA
Sección 3313.712 del Código Enmendado del Estado de Ohio

Nombre del/de la estudiante _____	Escuela a la que asiste _____	Grado _____
Dirección _____	Teléfono _____	

INSTRUCCIONES PARA EL PADRE, LA MADRE, EL TUTOR: Usted debe completar la Parte I o la Parte II de este formulario y devolverla a la escuela de su hijo/a dentro de un plazo de 10 días a partir de que la reciba.

Objetivo – Permitir a los padres y tutores autorizar la administración de tratamiento médico de emergencia para los niños que se enfermen o lesionen mientras estén bajo la autoridad de la escuela, cuando no se pueda contactar a los padres o tutores.

Padre/madre o tutor residencial:

Nombre de la madre _____	Teléfono diurno _____
Nombre del padre _____	Teléfono diurno _____
Nombre de otra persona _____	Teléfono diurno _____

Nombre de un familiar o niñera/o: _____ Parentesco _____

Dirección _____ Teléfono _____

SE DEBE COMPLETAR LA PARTE I Ó LA PARTE II

PARTE I – PARA OTORGAR EL CONSENTIMIENTO

Mediante el presente documento autorizo a que se llame a los siguientes proveedores de atención médica y hospital local:

Médico _____	Teléfono _____
Dentista _____	Teléfono _____
Especialista médico _____	Teléfono _____
Hospital local _____	Teléfono _____

En caso de que los intentos razonables para contactarme no hayan tenido éxito, mediante el presente documento autorizo (1) la administración de cualquier tratamiento que el médico nombrado arriba considere necesario o, en caso de que el profesional de salud preferido designado no esté disponible, por cualquier médico o dentista y (2) la transferencia del/de la menor a cualquier hospital que sea razonablemente accesible.

Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que las opiniones médicas de otros dos médicos con licencia que concuerden con la necesidad de dicha cirugía se obtengan antes de la realización de dicha cirugía.

Los hechos respecto al historial médico del/de la menor incluyendo alergias, medicamentos que se estén tomando y cualquier discapacidad física que un médico deba saber: _____

Fecha _____ Firma del padre/madre/tutor _____
Dirección _____

(NO COMPLETAR LA PARTE II SI COMPLETÓ LA PARTE I)

PARTE II RECHAZO AL CONSENTIMIENTO

No doy mi consentimiento para la administración de tratamiento médico de emergencia para mi hijo/a. En caso de una enfermedad o lesión que requiera de tratamiento de emergencia, yo quiero que las autoridades escolares hagan lo siguiente: _____

Fecha _____ Firma del padre/madre/tutor _____
Dirección _____

(انظر الخطاب - الجانب الآخر)

المنطقة التعليمية بمدينة كينرينج - التصريح الخاص بالعلاج الطبي في حالة الطوارئ
القسم 3313.712، القانون المعدل لولاية أوهايو

اسم الطالب	_____
الصف	_____
الحضور إلى المدرسة	_____
العنوان	_____
الهاتف	_____
تعليمات للأب والأم والوصي: يجب ملء بيانات إما الجزء الأول أو الجزء الثاني من هذه الاستمارة وإعادة الاستمارة مرة أخرى إلى مدرسة الطالب في غضون عشرة أيام من استلامها.	
الغرض - لتمكين الآباء والأوصياء من التصريح للمدرسة بتوفير العلاج الطبي الطارئ للطلاب الذين قد يتعرضون لمرض أو إصابة بينما هم تحت سلطة المدرسة، عند تعذر الاتصال بالآباء أو الأوصياء.	
الأب أو الأم أو الوصي المقيم مع الطالب:	_____
اسم الأب	_____
الهاتف النهاري	_____
اسم الأب	_____
الهاتف النهاري	_____
اسم الوصي	_____
الهاتف النهاري	_____
اسم أحد الأقرباء أو مزود الرعاية للطالب:	_____
صلة القرابة	_____
العنوان	_____
الهاتف	_____

يجب ملء بيانات الجزء الأول أو الجزء الثاني

الجزء الأول - منح الموافقة

إنني أوافق بموجب هذا التصريح على الاتصال بمزودي الرعاية الطبية والمستشفى المحلي التالي:

الهاتف	_____
طبيب الأسنان	_____
الهاتف	_____
إخصائي طبي	_____
الهاتف	_____
المستشفى المحلي	_____
الهاتف	_____

في حالة فشل المحاولات المعقولة للاتصال بي، فإنني بموجب هذا التصريح أمتنع الموافقة على (1) إعطاء الطالب أي علاج يعتبر ضرورياً من وجهة نظر الطبيب المذكور أعلاه، أو من وجهة نظر أي طبيب أو طبيب أسنان آخر مصرح له بوصف العلاج في حالة عدم تواجد الطبيب المفضل المحدد؛ و(2) نقل الطالب إلى أي مستشفى يمكن الوصول إليه على نحو معقول.

لا يشمل هذا التصريح العمليات الجراحية الكبرى إلا إذا أجمعت الآراء الطبية لطبيبين آخرين متخصصين على ضرورة إجراء مثل هذه العمليات، شريطة أن يتم الحصول على هذه الآراء قبل إجراء العملية.

معلومات تتعلق بالسيرة المرضية للطالب والتي تشمل جميع أنواع الحساسية والأدوية التي يتم تناولها وأي إعاقات بدنية ينبغي تنبيه الطبيب إليها:

