

**Northwest Local School District  
AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

<hr/> Escuela	<hr/> Género		
<hr/> Nombre del estudiante	<hr/> Fecha de nacimiento		
<hr/> Identificación del Estudiante # Número de teléfono	<hr/> Calificación	<hr/> Salón principal/asesoramiento	
<hr/> DIRECCIÓN	<hr/> Ciudad	<hr/> Estado	<hr/> Cremallera

**El estudiante vive con (marque uno)     Madre     Padre     Ambos     Guardián     Alentar**  
**OBJETIVO:** Permitir a los padres y tutores autorizar la provisión de tratamiento de emergencia para niños que se enferman o lesionan mientras están bajo la autoridad de la escuela, cuando no se puede localizar a los padres o tutores. Entiendo que el NWLSD puede divulgar información médica a todos los miembros del personal que estarán en contacto con mi hijo.

**A. Nombre residencial del padre/tutor**  Señor.  Señora.  EM.

---

Teléfono de casa # \_\_\_\_\_ Teléfono móvil # \_\_\_\_\_  
Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo # \_\_\_\_\_

**Otro nombre del padre**  Señor.  Señora.  EM. \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante

---

Teléfono de casa # \_\_\_\_\_ Teléfono móvil # \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la del estudiante) \_\_\_\_\_  
Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo # \_\_\_\_\_

**Otro contacto de emergencia**  Señor.  Señora.  EM. \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante

---

Teléfono de casa # \_\_\_\_\_ Teléfono móvil # \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*\*PARTE I O PARTE II DEBEN SER COMPLETADAS Y FIRMADAS\*\*\*\*\***

**LA PARTE I DEBE SER COMPLETADA PARA OTORGAR EL CONSENTIMIENTO:** Por la presente doy mi consentimiento para que se llame a los siguientes proveedores de atención médica/hospital local

El nombre del doctor \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_  
Nombre del dentista \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_  
Hospital local \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

En caso de que los intentos razonables de comunicarse conmigo no hayan tenido éxito, por la presente doy mi consentimiento para (1) la administración de cualquier tratamiento que el médico mencionado anteriormente considere necesario, o en caso de que el médico preferido designado no esté disponible, por otro médico autorizado. o dentista, y (2) el traslado del niño a cualquier hospital razonablemente accesible.

Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que se obtengan las opiniones médicas de otros dos médicos o dentistas autorizados, que coincidan en la necesidad de dicha cirugía, antes de realizar dicha cirugía.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del padre / tutor \_\_\_\_\_

**PARTE II – NEGADA A CONSENTIMIENTO – NO COMPLETE LA PARTE II SI COMPLETÓ LA PARTE I**

NO doy mi consentimiento para el tratamiento de emergencia de mi hijo. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, deseo que las autoridades escolares tomen las siguientes medidas:

---

---

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del padre / tutor \_\_\_\_\_