

# EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION

Marion City School District

Section 3313.712 Ohio Revised Code

Student Name Nombre Del Estudiante \_\_\_\_\_ Telephone Numero Telefónico \_\_\_\_\_

D.O.B. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Address Dirección \_\_\_\_\_ School Attending Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

Purpose: To enable parents and guardians to authorize the emergency treatment for children who become ill or injured while under school authority, when parents or guardians cannot be reached.

Motivo de esta documento: Para darles la oportunidad a los padres de familia o guardians del estudiante a darnos la autorización de darle asistencia medica a su niño/a en caso que la necesiten cuando no podamos comunicarnos con ustedes.

## **Part I or Part II *MUST BE COMPLETED***

Primera Parte o la Segunda Parte DEBEN SER COMPLETADAS (SOLAMENTE COMPLETE UNA DE LAS DOS PARTES)

### **PART I- TO GRANT CONSENT** Primera Parte

En caso de que no podamos comunicarnos con usted después de tratar de llamarlos al \_\_\_\_\_ (numero de teléfono) o al \_\_\_\_\_ (otro pariente) al \_\_\_\_\_ (numero de teléfono), les doy mi permiso de administrar asistencia médica con el doctor \_\_\_\_\_ (Nombre del doctor/doctora si tiene alguna preferencia) o con el doctor/doctora \_\_\_\_\_ (nombre del dentista) o asistencia médica con otro doctor/doctora/dentista calificado para llevar al estudiante a \_\_\_\_\_ (nombre del hospital que prefiera) o a cualquier hospital cercano.

Esta autorización no cubre cirugías serias; y la única excepción sera en caso que se encuentren dos doctores/dentistas certificados y estén de acuerdo con el procedimiento antes de proseguir con una cirugía..

Si el niño sufre de cualquier problema médico que los doctores necesiten saber antes de dar cualquier tipo de asistencia, debe describirlos en las siguientes líneas (incluyendo alergias, medicamentos que este tomando, y cualquier impedimento físico el cual el doctor o dentista deba saber):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date Fecha \_\_\_\_\_ Signature of Parent/Guardian Firma de los padres/Tutores \_\_\_\_\_

Address Dirección de su casa \_\_\_\_\_

## **DO NOT COMPLETE PART II IF YOU HAVE COMPLETED PART I**

### **PART II- REFUSAL TO CONSENT** Segunda Parte: Usted no desea que le domos asistencia media al alumno/na

Yo no doy permiso que le dé asistencia médica a mi niño/a. En caso de emergencia/en caso de fractura o enfermedad deseo que la escuela no tome ninguna acción para ayudar a mi niño/a. Tampoco deseo que las autoridades de la escuela: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date Fecha \_\_\_\_\_ Signature of Parent/Guardian Firma de los padres/Tutores \_\_\_\_\_

Address Dirección de su casa \_\_\_\_\_