

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MANTECA

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Hay Documentos Legales en la Escuela Estudiante Vive Con: _____ Relación: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE-POR FAVOR IMPRIMA

Apellido	Nombre	2 ^{no} Nombre
Fecha de Naclmiento (Mes/Día/Año)		Circule Uno M F
Domicillo	Cambio de Domicillo <input type="checkbox"/>	
Dirección de Correspondencia		
Ciudad	Zona Postal	
Doctor	Teléfono ()	
Dentista	Teléfono ()	
Hospital de Preferencia		

Maestro	#Grado	#Salón
Padre/Guardián/Padrastro		(Circule Uno)
# Casa ()	#Celular ()	# Lugar de Empleo ()
Madre/Guardián/ Madrastra		(Circule Uno)
# Casa ()	#Celular ()	# Lugar de Empleo ()
Preocupaciones Especiales (Medicamentos/Alergias/Etc.)		

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor anote nombres de personas que usted autorice a dar tratamiento de emergencia a su hijo(a) mencionado arriba en caso de su ausencia

NOMBRE-Persona de Contacto	TELEFONO	DOMICILIO	RELACION/ GUARDERIA
1.			
2.			
3.			
Correo Electrónico			

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MANTECA

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

El consentimiento siguiente para tratamiento de emergencia en la ausencia del padre/guardián legal es dado con acuerdo a las condiciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California.

Yo, el padre/persona que firma abajo, teniendo custodia legal de _____, un menor, autorizo al **DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MANTECA** a actuar como mi representante en dar consentimiento al menor indicado arriba para recibir los servicios médicos necesarios en caso de emergencia. Tales servicios médicos pueden incluir rayos-x, anestesia, tratamiento o diagnostico quirúrgico medico o dental, y/o cuidado de hospitalización recomendado judicialmente por cualquier doctor o cirujano licenciado por el Acta de Practica de Medicina del personal medico de cualquier hospital o dentista licenciado bajo el Acta de Practica Dental. Tal diagnostico o tratamiento pude ser administrado en la oficina de dicho doctor/dentista o en dicho hospital.

Es entendido que esta autorización es dada por anticipado a cualquier diagnostico especifico, tratamiento o cuidado de hospitalización que se requiera. Lo siguiente son exclusiones a mi autorización: (Por favor indique cualquier exclusión abajo o escriba "Ninguno")

Yo autorizo a cualquier hospital, que le a proveído tratamiento al menor-indicado arriba de acuerdo a las condiciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California, que le entregue el menor a mi(s) agente(s) indicados en esta lista cuando se termine el tratamiento. Esta autorización es dada de acuerdo a la Sección 1283 del Código de Salubridad y Seguridad de California.

Firma del Padre/Guardián Legal

Fecha
Elem. Ed. Revised 03/05