

Monroe County Community School Corporation  
**AUTORIZACION PARA EMERGENCIA MEDICA**  
**CONFIDENCIAL- FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRAS DE MOLDE y TINTA NEGRA**  
 Efectivo en el año escolar 2006-2007 (hasta los primeros 30 días del siguiente año escolar)

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento		
Nombre de la Madre/Guardian	Telefono de residencia	Tel. de trabajo	Celular
Nombre del Padre/Guardian	Telefono de residencia	Tel. de trabajo	Celular
Contacto de Emergencia	Telefono de residencia	Tel. de trabajo	Celular

¿Tiene o ha tenido su hijo/a algun problema de los siguientes? SI      NO

1. Alergias o reacciones (por ejemplo, comida, medicamentos, otro)
2. ¿Utiliza un inhalador para asma? De ser si, indique uno: regular/ ocasional/ usara en la escuela
3. Condiciones de la Piel
4. Ataques/convulsions
5. Problemas cardiacos
6. Diabetes
7. Catarros frecuentes, garganta irritada, dolor de oidos (4 veces al año o mas)
8. Herida grave
9. Defectos congenitos
10. Problemas dentales
11. Problemas de la vista
12. Problemas estomacales/de digestion
13. Cualquier preocupacion psicologica/emotiva (favor de explicar)

14. Cualquier otro problema/preocupacion que debamos saber y/o favor de explicar cualquier respuesta de "Si"

15. Haga una lista de los medicamentos que el estudiante toma y la razon por su uso.

Nombre del doctor o la clinica: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Monroe County Community School Corporation (La Coporacion Escolar de la Comunidad de Monroe County) emplea Enfermeras Graduadas. Las Enfermeras Graduadas pueden dispensar aspirinas, substitutos de aspirina u otro remedio que no necesite receta medica, a menos que el padre/madre/guardian o el medico haya dado instrucciones al contrario. Antes de proveer dicho medicamento, la enfermera le preguntara al niño/a si es alergico a estos medicamentos.

Si el estudiante se enferma o se lesiona mientras esta en la escuela, nombre del doctor o la clinica de su preferencia en caso necesario. Primeros auxilios se proveeran en la escuela, pero el cuidado mas avanzado debe ser asumido por los padres o guardians.

La siguiente informacion es necesaria y se requiere la firma del padre/madre/guardian antes de que el niño/a participe en cualquier viaje fuera del Monroe County. Los padres suscritos o padres de custodia y el guardian natural o encargado, o el guardian designado por la corte, en lo sucesivo el DESIGNADO DE \_\_\_\_\_ (estudiante), en lo sucesivo el MENOR, teniendo la autoridad de dar consentimiento para tratamiento medico del MENOR, en conformidad con la ley I.c. 16-8-12-5, por la presente nombra a los Patrocinadores de la Corporacion Escolar de Monroe County (Monroe County School Corporation) para representar al Designado para dar consentimiento en situaciones que afecten la salud del Menor.

La delegacion de autoridad que es evidente por medio de este nombramiento sera efectiva cuando el Menor se encuentre fuera de Monroe County, Indiana, participando en un viaje autorizado por Monroe County Community School Corporation, patrocinado por Monroe County Community School Corporation, una corporacion municipal localizada en la ciudad de Bloomington (City of Bloomington), Monroe County, Indiana.

Compañia de seguro medico: \_\_\_\_\_

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_

Numero de identificacion: \_\_\_\_\_Codigo de beneficio: \_\_\_\_\_

Numero de cuenta: \_\_\_\_\_

Por la presente doy mi permiso a la escuela para obtener servicios medicos por un doctor (es) autorizado en un hospital autorizado, en caso de que mi hijo/a se enferme o se lesione mientras participe en un evento escolar y el padre/madre/guardian no se pueda contactar.

Fecha: \_\_\_\_\_ **Firma del Padre/Madre/Guardian** \_\_\_\_\_

(SE REQUIERE LA FIRMA PARA VIAJES Y TRATAMIENTO MEDICO)