

緊急醫療審批表

ORC 3313.712

ID _____

學生姓名 _____ Grade _____ Teacher _____

地址 _____ 持續 _____ 第一 _____

DOB _____ Bus _____

電子郵件 _____

家庭電話 _____ 羈押信息/住with _____

目的：為了讓家長和監護人授權孩子誰生病或受傷而根據校方，如果父母或監護人不能達到提供緊急治療。允許在需要的時候向其他人從學校接孩子。

先打電話

母親的名字：_____ 白天電話：_____ 手機喇叭 _____

地址：_____ 工作：_____ 父親的名字：_____

白天電話：_____ 手機喇叭 _____

地址：_____ Work _____ 其他名稱：_____

白天電話：_____ 手機喇叭 _____ 其他名稱：_____ 白天電話：_____

手機喇叭 _____ 其他名稱：_____ 白天電話：_____ 手機喇叭 _____

在區參加兄弟姐妹 (名稱及建築) _____

PART I或II 必須 待補

第一部分 - 給予同意

在此，我 給予同意 以下的醫療保健提供者和當地醫院被稱為：

醫生：_____ 電話：_____ 牙醫：_____

電話：_____ 醫學專家：_____ 電話：_____

當地醫院：_____ 急診室電話：_____ 您的

孩子目前穿或曾經戴：_____ 眼鏡

_____ contacts _____ 助聽器

在事件合理嘗試聯繫我一直不成功，我在此授予我的同意 (1) 認為任何治療的管理需要通過上述指定的醫生，或在活動指定的首選從業者不可用，另一個執業醫師或牙醫；和 (2) 的孩子轉移到合理的可訪問的任何醫院。

除非另外兩個有執照的醫生或牙醫，在必要性這種手術並存的醫學意見，先於此類手術的表現獲得這一授權並不包括大手術。

*** FACTS關於兒童的病史包括過敏，藥物上當受騙，和任何物理損傷到其上醫師應

提醒：_____

(日期)

(父母/監護人的簽字)

地址：_____

第二部分 - 拒絕同意

我不給我的同意 我的孩子的醫療急救。在生病或受傷，需要緊急處理的情況下，我希望學校當局採取以下行動：_____

(日期)

(父母/監護人的簽字)

地址：_____

選中此複選框，如果你不想讓我們一起分享參與孩子的員工相關醫療信息。