

EMERGENCY ФОРМА МЕДИЦИНСКОГО РАЗРЕШЕНИЯ
ORC 3313.712

Я БЫ _____

Имя ученика _____ Grade _____ Teacher _____

Адрес _____

DOB _____ Bus _____

Эл. адрес _____

Домашний телефон _____ Информация о задержании / Lives with _____

ЦЕЛЬ: Для того, чтобы позволить родителям и опекунам санкционировать предоставление неотложной помощи для детей, которые заболели или получили ранения, находясь под властью школы, когда родители или опекуны не могут быть достигнуты. Разрешить другим пользователям, чтобы забрать ребенка из школы, когда это необходимо.

Звоните первым

Имя матери: _____ Дневной Телефон: _____ Сотовый тел . _____

Адрес: _____ Работа: _____ Имя отца:

_____ Дневной Телефон: _____ Сотовый тел . _____

Адрес: _____ Имя Work _____ Иного:

_____ Дневной Телефон: _____ Сотовый тел . _____ Другое Имя:

_____ Дневной Телефон: _____ Сотовый тел . _____ Другое Имя:

_____ Дневной Телефон: _____ Сотовый тел . _____

Братья и сестры, участвующие в районе (название и строительство) _____

ЧАСТЬ I ИЛИ II ДОЛЖЕН БУДЕТ ЗАВЕРШЕНА

ЧАСТЬ I - ПРЕДОСТАВИТЬ СОГЛАСИЕ

Настоящим я давать согласие для следующих поставщиков медицинской помощи и местной больницы, чтобы назвать:

Врач: _____ Телефон: _____ Стоматолог:

_____ Телефон: _____ Медицинский специалист:

_____ Телефон: _____ Местная больница:

_____ Emergency Room Телефон: _____ ли ваш ребенок в настоящее время носят или

когда-либо носили: _____ очки

_____ contacts

_____ слуховые аппараты

В случае разумных попыток связаться со мной, не увенчались успехом, я даю свое согласие на (1) введение какого-либо лечения считается необходимым вышеназванный врача, или в том случае, назначенный предпочтительным практикующий не доступен, другим лицензированным врачом или стоматолог: и (2) передача ребенка в любой больнице достаточно доступной.

Это разрешение не распространяется на основные операции, если медицинские мнения двух других лицензированных врачей или стоматологов, соглашаясь в необходимости такой операции, пока не будут получены до выполнения такой операции.

***** Факты о медицинской истории ребенка, включая аллергию ПРЕПАРАТЫ, принимаемые, и любые нарушения физического состояния, к которому ВРАЧ ДОЛЖЕН БЫТЬ**

Насторожило: _____

(Дата)

(Подпись родителя / опекун)

Адрес: _____

ЧАСТЬ II - ОТКАЗАТЬСЯ СОГЛАСИЕ

Я не даю свое согласие для оказания неотложной медицинской помощи моего ребенка. В случае болезни или травмы требует экстренного лечения я желаю школьной власти принять следующие меры: _____

(Дата)

(Подпись родителя / опекун)

Адрес: _____

Установите этот флажок, если вы НЕ хотите, чтобы мы делились соответствующей медицинской информацией с персоналом, вовлеченным с ребенком.