

NOTmedizinische GENEHMIGUNG FORM
ORC 3313.712

ICH WÜRD E _____

Name des Studenten _____ Grade _____ Teacher _____

Adresse _____ LETZTE _____ ZUERST _____
DOB _____ Bus _____

Email _____

Startseite Telefon _____ Custody Informationen / Lives with _____

ZWECK: So aktivieren Sie Eltern und Aufsichtspersonen, um die Bereitstellung von Notfallbehandlung für Kinder zu autorisieren, die krank oder verletzt werden, während sie unter Schulbehörde, wenn die Eltern oder Erziehungsberechtigten nicht erreicht werden kann. Lassen Sie andere abholen Kind von der Schule, wenn nötig.

rufen Sie zuerst

Name der Mutter: _____ Tag Telefon: _____ Zelle ph . _____

Adresse: _____ Arbeit: _____ Name des Vaters:

_____ Tag Telefon: _____ Zelle ph . _____

Adresse: _____ Work _____ Andere Namen lautet:

_____ Tag Telefon: _____ Zelle ph . _____ Andere Namen lautet:

_____ Tag Telefon: _____ Zelle ph . _____ Andere Namen lautet:

_____ Tag Telefon: _____ Zelle ph . _____

Geschwister in Kreis teilnehmen (Name & Gebäude) _____

TEIL I oder II MUSS AUSZUFÜLLEN

TEIL I - Einverständniserklärung

Hiermit Einwilligung für die folgenden medizinischen Leistungserbringern und örtliches Krankenhaus genannt werden:

Arzt: _____ Telefon: _____ Zahnarzt:

_____ Telefon: _____ Facharzt:

_____ Telefon: _____ Local Hospital:

_____ Notaufnahme Telefon: _____ Hat Ihr Kind zur Zeit tragen oder je getragen hat:

____ Brille _____ contacts _____ hearing Hilfen

In dem vernünftigen Versuch Veranstaltung kontaktieren Sie uns unterlegen waren, ich meine Einwilligung hiermit geben für (1) die Verabreichung einer Behandlung durch oben genannten Arzt für notwendig erachtet, oder im Fall der designierte bevorzugte Praktiker nicht verfügbar ist, von einem anderen zugelassenen Arzt oder Zahnarzt und (2) die Übertragung des Kindes zu jedem Krankenhaus einigermaßen zugänglich.

Diese Ermächtigung gilt nicht für eine größere Operation, es sei denn die medizinische Gutachten von zwei anderen zugelassenen Ärzten oder Zahnärzten, für eine solche Operation in der Notwendigkeit zustimmenden werden vor der Durchführung einer solchen Operation erhalten.

***** FACTS das Kind der medizinische Geschichte einschließlich Allergien ZU, Medikamente eingenommen, und über alle körperlichen Beeinträchtigungen, AUF DIE EIN ARZT SOLL**

ALARMIERT: _____

(Datum)

(Unterschrift der Eltern / Guardian)

Adresse: _____

TEIL II - ZUSTIMMUNG VERWEIGERUNGS

Ich **gebe nicht meine Zustimmung** für den Notfall medizinische Behandlung meines Kindes. Im Fall einer Krankheit oder Verletzung, die Notfallbehandlung mag ich die Schulbehörden die folgenden Maßnahmen zu ergreifen: _____

(Datum)

(Unterschrift der Eltern / Guardian)

Adresse: _____

Aktivieren Sie diese Option, wenn Sie nicht wünschen uns Mitarbeiter mit Ihrem Kind beteiligt relevante medizinische Informationen auszutauschen.