

EMERGENZA MODULO DI AUTORIZZAZIONE MEDICA
ORC 3313.712

ID _____

Nome dello studente _____ Insegnante elementare _____

ULTIMO PRIMO

Indirizzo _____ DOB _____ Bus _____

E-mail _____

Telefono abitazione _____ informazioni Custodia / Abita with _____

SCOPO: Per consentire ai genitori e tutori di autorizzare la fornitura di trattamento di emergenza per i bambini che si ammalano o feriti, mentre sotto l'autorità della scuola, quando i genitori o tutori non possono essere raggiunti. Consentire ad altri di far salire bambino da scuola quando necessario.

chiamare prima

Cognome madre: _____ Telefono diurno: _____ cellulare ph . _____

Indirizzo: _____ Lavoro: _____ Cognome Padre:

_____ Telefono diurno: _____ cellulare ph . _____

Indirizzo: _____ Nome del Work _____ Altro:

_____ Telefono diurno: _____ cellulare ph . _____ di altro nome:

_____ Telefono diurno: _____ cellulare ph . _____ di altro nome:

_____ Telefono diurno: _____ cellulare ph . _____

Fratelli presenti nel quartiere (nome & building) _____

PARTE I o II DOVERE ESSERE COMPLETO

PARTE I - di rilasciare il consenso

Con la presente dare il consenso per i seguenti fornitori di cure mediche e ospedale locale di essere chiamato:

Dottore: _____ Telefono: _____ dentista:

_____ Telefono: _____ mediche specialistiche:

_____ Telefono: _____ ospedale locale:

_____ Pronto soccorso Telefono: _____ Il vostro bambino attualmente usura o ha mai

indossato: ____ occhiali

____ contacts

____ apparecchi acustici

Nel caso in cui tentativi ragionevoli in contatto con me non hanno avuto successo, do il mio consenso per la (1) la somministrazione di qualsiasi trattamento ritenuto necessario dal suddetto medico, o nel caso in cui il medico preferito designato non è disponibile, da un altro medico autorizzato o il dentista: e (2) il trasferimento del bambino a qualsiasi ospedale ragionevolmente accessibile.

Tale autorizzazione non copre interventi di chirurgia maggiore a meno che le opinioni mediche di altri due medici o dentisti autorizzati, che concorrono nella necessità di tale intervento chirurgico, sono ottenuti prima della prestazione di tale intervento chirurgico.

***** Fatti riguardanti la storia medica del BAMBINO tra cui le allergie, i farmaci prese, e delle eventuali perdite fisico a cui un medico dovrebbe essere**

Avvisato: _____

(Data)

(Firma del genitore / tutore)

Indirizzo: _____

PARTE II - per negare il consenso

Non do il mio consenso per il trattamento medico di emergenza di mio figlio. In caso di malattia o infortunio che richiede un trattamento di emergenza Vorrei che le autorità scolastiche per intraprendere le seguenti azioni: _____

(Data)

(Firma del genitore / tutore)

Indirizzo: _____

Seleziona questa casella se **NON** volete noi di condividere le informazioni mediche pertinenti con il personale coinvolto con il vostro bambino.