

**Escuelas locales Riverside**  
**AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIAS MÉDICAS**

**\*\*\* Use LAPICERO, NO lápiz\*\*\***

LAS LEYES DEL ESTADO DE OHIO REQUIEREN QUE ESTE FORMULARIO SEA CUMPLIMENTADO Y DEVUELTO CADA AÑO. COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO Y DEVUÉLVALO AL DIRECTOR/A DE SU ESCUELA EN NO MÁS DE UNA SEMANA.

PROPÓSITO: Permitir a los padres y guardianes que autoricen tratamiento en caso de emergencias para niños que se enfermen o se lesionen al estar bajo el cuidado de la escuela, y en caso de que los padres no puedan ser localizados.

**PARTE I INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Profesor de aula \_\_\_\_\_

**PARTE II HECHOS CONCERNIENTES A LA SALUD DEL ESTUDIANTE**

1. HISTORIA MÉDICA **ACTUAL** \_\_\_\_\_

2. CUALQUIER MEDICAMENTO QUE SU HIJO TOMA DIARIAMENTE (SE REQUIERE COMPLETAR EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS SI LOS MISMOS DEBEN SER TOMADOS EN LA ESCUELA)

3. **ALERGIAS** A MEDICAMENTOS, COMIDAS, REACCIONES SEVERAS A PICADAS DE INSECTOS, etc...

4. PROBLEMAS, DISCAPACIDADES FÍSICAS O EMOCIONALES, O CUALQUIER OTRA INSTRUCCIÓN ESPECIAL CONCERNIENTE A LAS NECESIDADES DE SALUD DE SU HIJO/A \_\_\_\_\_

5. HISTORIA MÉDICA **PASADA** \_\_\_\_\_

**COMPLETE Y FIRME LA PARTE III O LA PARTE IV**

**PARTE III - OTORGAR CONSENTIMIENTO** En caso de que los intentos de contactarme al

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, o \_\_\_\_\_  
(Padre #1 Nombre) (Tel. de casa) (Tel. trabajo) (Tel. celular)

O \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, o \_\_\_\_\_  
(Padre #2) (Tel. de casa) (Tel. trabajo) (Tel. celular)

hayan sido fallidos, por medio de la presente doy autorización a la administración para cualquier tratamiento que sea necesario, incluido permiso para transportar a mi hijo/a al hospital más cercano. Esta autorización no cubre una cirugía mayor a menos que dos médicos u odontólogos certificados estén de acuerdo en que existe una necesidad para dicha cirugía, y su opinión médica sea obtenida antes de practicarse dicha cirugía.

Doctores \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Médico preferido y Nro. de tel.) (Odontólogo preferido y Nro. de tel.)

O, en caso de que el médico designado no esté disponible, por otro médico u odontólogo certificado.

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN)

\_\_\_\_\_  
(DIRECCIÓN, SI ES DIFERENTE A LA DEL ESTUDIANTE)

**PARTE IV - RECHAZO DE CONSENTIMIENTO (No complete la parte IV si completó la parte III)**

En caso que los intentos de contactado al

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Padre #1 Nombre) (Tel. de casa) (Tel. trabajo) (Tel. celular)

O  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Padre #2 Nombre) (Tel. de casa) (Tel. trabajo) (Tel. celular)

hayán sido fallidos, no doy mi consentimiento para que se le de tratamiento de emergencia a mi hijo/a. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, deseo que las autoridades escolares no tomen ninguna acción o que: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN) \_\_\_\_\_ (DIRECCIÓN, SI ES DIFERENTE A LA DEL ESTUDIANTE)

**PARTE V - INFORMACIÓN GENERAL**

Las leyes del estado de Ohio requieren que el distrito escolar distribuya a los padres o guardianes, y conserve archivados, los formularios que le dan a los padres y guardianes la opción de autorizar tratamiento de emergencia a los niños que se enfermen o lesionen mientras están a cargo de la autoridad escolar, así como de declarar una emergencia.

Nada de lo mencionado en la ley que se presenta a continuación deberá ser tomado como que represente una responsabilidad adicional en ningún oficial o empleado cuando el mismo, de buena fe, intente cumplir con esta ley.

**Sección 3313.712, Código revisado de Ohio**

**(En cumplimiento con AM; H.B.; 1175)**

- (A) Anualmente la junta de educación de cada ciudad, pueblos exentos, distritos escolares vocacionales conjuntos y locales deberán, antes del primer día de octubre, haber entregado a los padres o guardianes legales de cada estudiante inscrito/a en las escuelas bajo la jurisdicción de la junta, una autorización en caso de emergencias médicas que sea una copia idéntica al formulario contenido en la división (B) de esta sección. A partir de ese momento, la junta deberá - dentro de los 30 días posteriores a haber introducido cualquier formulario de registro que esté en uso en el distrito - proveer una copia idéntica del formulario contenido en la división (B) de esta sección.

**Si un padre o guardián no desea dar dicho consentimiento escrito, el/la mismo/a deberá indicar en el lugar apropiado del formulario el procedimiento que desee que las autoridades escolares sigan en caso de una emergencia médica de su hijo/a.**

Incluso si un padre o guardián da su consentimiento escrito para el tratamiento en caso de emergencia, cuando un/a alumno/a se enferma o se lesiona y requiere tratamiento médico de emergencia mientras esté bajo el cuidado de la autoridad escolar, o mientras esté participando de actividades extracurriculares autorizadas por las autoridades escolares apropiadas de la escuela en donde el estudiante esté inscrito, las mismas deberán intentar razonablemente de contactar a los padres o guardianes antes de que se le administre el tratamiento. La escuela deberá presentar la autorización en caso de emergencia médica del estudiante, o copia de la misma, al hospital o profesional médico que administre el tratamiento.

Nada de lo mencionado en esta sección deberá ser tomado como que represente una responsabilidad para ningún oficial o empleado de la escuela cuando el mismo, de buena fe, intente cumplir con esta sección.