



Liberación de tratamiento médico / Contactos de emergencia / Alergias-Condicionales

Autorización para tratamiento médico de emergencia. Esta autorización para tratamiento médico de emergencia es válida por un año a partir del 15 de agosto de 2022.

Esta información se mantendrá en posesión de Frostig School. Se distribuirá copia a la persona a cargo de cada excursión o actividad atlética en la que participe el alumno. Si surgiera la necesidad, esta información se entregará a las autoridades médicas correspondientes:

Yo, _____ (padre / tutor) entiendo que en caso de enfermedad o lesión de mi hijo, la escuela Frostig me notificará a mí o a la persona que he enumerado a continuación como contacto de emergencia. En caso de una emergencia médica relacionada con mi hijo en un momento en el que yo o los contactos de emergencia que figuran en la lista no puedan ser notificados, otorgo plena autoridad a Frostig para: 1) organizar el transporte de mi hijo, ya sea en ambulancia o de otro modo a un lugar adecuado, centro en el que normalmente se administraría tratamiento médico de emergencia, incluidos, entre otros, una sala de emergencias o un hospital, el consultorio de un médico o una clínica médica; y 2) firmar las autorizaciones que sean necesarias para obtener el tratamiento médico o quirúrgico que se requiera a juicio de las autoridades médicas de la instalación.

Firma del padre / tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento del estudiante:** _____

Nombre del padre(s) / tutor(es): _____

Número de teléfono celular: _____ **Número de teléfono de la casa:** _____ **Número de teléfono del trabajo:** _____

Nombre del padre(s) / tutor(es): _____

Número de teléfono celular: _____ **Número de teléfono de la casa:** _____ **Número de teléfono del trabajo:** _____

Contacto de emergencia # 1 Nombre: (si no se puede localizar a los padres) _____ El niño puede ser entregado a este contacto ☐ Sí ☐ No

Relación con el estudiante _____ **Número de teléfono celular:** _____ **Número de teléfono del trabajo:** _____

Contacto de emergencia # 2 Nombre: (si no se puede localizar a los padres) _____ El niño puede ser entregado a este contacto ☐ Sí ☐ No

Relación con el estudiante _____ **Número de teléfono celular:** _____ **Número de teléfono del trabajo:** _____

Nombre del médico de atención primaria del estudiante: _____ **Número de teléfono:** _____

Alergias / medicamentos / afecciones por las que recibe tratamiento mi hijo:

Información del seguro médico: Compañía: _____

Número de plan: _____ **Número de identificación del empleado:** _____