

TULSA PUBLIC SCHOOLS
Departamento de Servicios de Salud

TRANSPORTE POR AMBULANCIA
INFORMACIÓN MEDICA PARA EMERGENCIA Y
AUTORIZACIÓN PARA PROVEER TRATAMIENTO Y PARA TRANSPORTAR AL MENOR

SE PIDE ESTA INFORMACIÓN PARA AYUDAR AL PERSONAL DE AMBULANCIA EN PROVEER CUIDADO AL ALUMNO NOMBRADO. ESTA INFORMACIÓN SERA PROVEIDA SOLAMENTE A INDIVIDUOS QUE PROVEEN CUIDADO MEDICO.

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
DIRECCIÓN/CIUDAD/CODIGO POSTAL: _____
NUMERO DE TELEFONO: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

NOMBRE Y APELLIDO DE PADRE/GUARDIAN/LEGAL O PERSONA RESPONSIBLE PARA EL CUIDADO DEL ALUMNO: _____ RELACION: _____
DIRECCIÓN (SI DIFERENTE DEL ALUMNO): _____
NUMERO DE TELEFONO: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

PROTECCIÓN MEDICA (INDIQUE LO APLICABLE):

(Note: Esto **NO** afecta cuidado medico que se necesita)

NADA _____ SEGURO _____ MEDICAID/ _____ EMSA _____
PRIVADO _____ AYUDA ESTATAL _____ TOTAL _____

NOMBRE DEL SEGURO: _____ NUMERO DE POLIZA: _____
DE MEDICAID O DE SEGURO SOCIAL: _____ # DE CUIDADO TOTAL: _____

MEDICO PRINCIPAL: _____ PREFERENCIA DE HOSPITAL: _____

ALERGIAS DEL ALUMNO: _____ DESCONOCIDO: _____

CONDICION MEDICA/HISTORIA MEDICA: _____

MEDICINAS Y LAS DOSIS: _____

PARA LA ENFERMERA DE LA ESCUELA/EMPLEADOS DE OFICINA

FECHA DE HOY: _____

FAVOR DE ANOTAR EL PROBLEMA PRESENTE O RAZON POR HABER LLAMADO UNA AMBULANCIA. PARA PROBLEMAS MEDICOS, FAVOR DE INDICAR LOS SINTOMAS Y LA HORA QUE EMPEZARON. PARA LESIONES, DESCRIBA LOS SUCESOS ANTES DEL ACCIDENTE, CUALQUIER LESIONES O DAÑOS NOTADOS. SI SEÑALES VITALES ESTAN DISPONIBLES, FAVOR DE INCLUIRLOS Y LA HORA QUE FUERON TOMADOS.

GRACIAS!

(VEA UD. EL OTRO LADO DE LA HOJA)

INFORMACIÓN MEDICA PARA EMERGENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA DAR TRATAMIENTO Y PARA TRANSPORTAR A MENOR DE EDAD

AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO DE EMERGENCIA AL MENOR DE EDAD

Yo/Nosotros, él/los que da(mos) firma, padre(s) o guardian legal del niño menor de edad nombrado aquí abajo:

Nombre y Apellido del Menor _____ Fecha da Nacimiento: _____
doy/damos autorización para transporter por servicio de ambulancia, con licencia del Estado de Oklahoma; y autorizo/autorizamos examinación de rayo x, diagnosis anestésucam dental, médica o diagnosis quirúrgica o tratamiento por cualquier medico o dentista con licencia del Estado de Oklahoma y servicio de hospital que puede estar proveído a dicho menor de edad bajo el permiso general, o específico de un miembro designado de la facultad o de la enfermera de la escuela, el custodio temporario de dicho menor, sin importer si tal diagnosis o tratamiento está proveído en la oficina del medico o dentista, o en un hospital licenciado por el Estado de Oklahoma. Además autorizo/autorizamos que dicho medico use su discreción autorizando disposición del tejido o miembro separado.

Está entendido que este permiso está dado de ante mano de cualquier diagnosis especifica o antes de cualquier tratamiento, pero está dado para animar a las personas que tienen custodio temporal del menor y dicho medico o dentista para que use su major juicio en cuanto a los requisitos de tal diagnosis o tratamiento dental o quirúrgico.

Este permiso quedará en efecto hasta _____ am/pm del dia _____ de _____, 20____, a lo menos que esté renunciado en forma escrita y entretado a dicho medico o dentista o dicha persona encargada con el cuidado y control de tal hijo menor.

Firma de Padre/Guardian Legal o Persona
Responsable para el Cuidado del Alumno

Fecha

Firma de Padre/Guardian Legal o Persona
Responsable para el Cuidado del Alumno

Fecha

Testigo (No las Personas Identificadas Arriba)

Fecha

*Hay que repasar v renovar esta forma cada año escolar.