

**ESCUELAS DEL CONDADO DE KNOX
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA**

Este formulario se usa para registrar el permiso de los padres para recibir tratamiento médico en caso de que surjan emergencias médicas durante una excursión.

Nosotros, los suscritos como padres y tutores legales de

_____ (Nombre del estudiante)

por la presente otorgo a la Junta de Educación del Condado de Knox/Escuelas del Condado de Knox (KCS), sus empleados y agentes la autoridad para buscar atención médica de emergencia para nuestro hijo. Yo, nosotros, voluntariamente damos nuestro consentimiento para que médicos, hospitales o sus designados autorizados brinden dicha atención, según su juicio profesional sea necesario para proporcionar la atención médica o de emergencia de mi hijo. En caso de que mi hijo se lastime o se enferme mientras está bajo el cuidado de KCS, por la presente doy permiso a KCS para que brinde primeros auxilios a dicho niño y tome las medidas apropiadas, incluido comunicarse con el sistema de Servicio Médico de Emergencia (EMS) y hacer arreglos para transporte al centro médico de emergencia más cercano.

Al tomar decisiones médicas en mi nombre para el beneficio de mi hijo, ordeno que KCS intente comunicarse conmigo a los números de teléfono que he proporcionado a KCS. Sin embargo, si la atención médica se vuelve esencial y no estoy disponible, doy permiso a KCS para que tome las decisiones con respecto a dicho tratamiento según lo considere apropiado el médico, el hospital o su designado autorizado. Autorizo a KCS a solicitar, obtener, revisar e inspeccionar toda la información relacionada con la salud de mi hijo y relevante para cualquier decisión que se tome con respecto a dicho tratamiento.

Reconozco que no se me han dado garantías en cuanto al efecto de dichos exámenes o tratamientos en la condición de mi hijo y que soy responsable de todos los cargos razonables en relación con el cuidado y tratamiento brindado a mi hijo durante este período.

_____ Firma del Padre / Tutor

_____ Fecha

_____ Firma del Padre / Tutor

_____ Fecha

ESTADO DE TENNESSEE, CONDADO DE _____

SUSCRITO y Jurado ante mí, Notario Público, el _____ día de _____, 20 _____.

Mi comisión expira _____

_____ Notario

Compañía de seguros médicos _____ # Póliza _____

Si no está cubierto por un seguro, marque la casilla.

Dirección del Estudiante _____ Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____

Padre _____ Teléfono de Casa _____

Negocio _____ Teléfono de Negocio _____

Madre _____ Teléfono de Casa _____

Negocio _____ Teléfono de Negocio _____

Nombre del Médico de Familia _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Alergias o Condiciones Especiales _____

NOTA: En el caso de una situación médica de emergencia, incluso con el formulario, el chaperón intentará primero comunicarse con los padres/madres del estudiante.

Disposición

Copia a la Oficina Fecha _____

El maestro conserva el original y lo lleva a la excursión.