

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO
(Necesita uno por estudiante)

A quien le interese:

Como padre / tutor, por la presente autorizo el tratamiento por un médico calificado y licenciado de cualquier condición que, en la opinión del médico, se considere necesaria y apropiada. Esta autoridad se concede sólo después de un esfuerzo razonable se ha hecho para llegar a mí.

Nombre del menor: _____ Relación contigo: _____

Nombres de padres / tutores: _____

Razones por las cuales se pretende liberar: Para clases, eventos y actividades relacionadas con el programa de educación religiosa de San Felipe para el año escolar 2017-18. Comuníquese con la oficina de educación religiosa si hay algún cambio durante ese tiempo.

Dirección del Menor: _____ Ciudad: _____

Teléfono (s) de emergencia: _____

Médico familiar: _____ Número de Teléfono: _____

Physician Dirección: _____ Ciudad: _____

Lista de alergias, medicamentos, contactos u otros comentarios pertinentes:

Datos del Seguro de Salud:

Empresa: _____ Número de Póliza: _____

Grupo: _____ Contrato: _____

Autorizo además a la persona que presenta al menor a firmar el Acuse de Recibo de Aviso Derechos de privacidad que pueden ser presentados por el médico o centro de atención médica. Esta autorización se ha completado y firmado por mi propia voluntad con el único propósito de autorizar el tratamiento médico que el médico tratante considere necesario y apropiado.

Fecha: _____ Firmado: _____