

Iglesia de Santa Inés
Educación religiosa - PSR
Autorización médica de emergencia

Propósito: Permitir que los padres/tutores autoricen la prestación de tratamiento de emergencia a niños que se enferman o lesionan mientras están bajo la autoridad de la Iglesia, cuando no se puede localizar a los padres/tutores.

Nombre del estudiante : _____ Fecha de nacimiento : _____

Dirección : _____ Teléfono de casa : _____

Padre(s) con custodia o tutor(es):

Madre: _____ Teléfono/celular _____

Padre: _____ Teléfono/celular _____

Otro contacto: _____ Teléfono/celular _____

Dirección: _____ Relación: _____

Médico: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____

Especialista médico: _____ Teléfono: _____

Hospital local: _____ Teléfono: _____

Aseguradora médica: _____ Nombre del asegurado: _____

IMPORTANTE: Se requieren instrucciones específicas que se actualizan anualmente. A continuación, se debe incluir la información sobre el historial médico del niño, incluyendo alergias, medicamentos que toma y cualquier discapacidad física que deba ser notificada a un médico o al personal de la iglesia. Si el estudiante requiere medicación durante el horario de PRS, comuníquese con la Oficina de Educación Religiosa al (330) 682-2611 para coordinar los trámites correspondientes.

(Firma de la madre o del padre o tutor)

Fecha

ENCIMA

DEBE COMPLETARSE LA PARTE I O LA PARTE II

PARTE I: Para otorgar el consentimiento

En caso de que los intentos razonables de contactarme a mí o a otras partes mencionadas anteriormente no hayan tenido éxito, por la presente doy mi consentimiento para:

1. la administración de cualquier tratamiento que se considere necesario por parte de los profesionales de la salud mencionados o, en caso de que el profesional designado no esté disponible, por parte de cualquier otro profesional con licencia; y;
2. el traslado del niño al hospital designado o a cualquier hospital razonablemente accesible (incluido el consentimiento para autorizar una cirugía de emergencia tras el consenso de dos profesionales con la licencia correspondiente).

Mi firma confirma que he comprendido este formulario y que la información requerida está completa.

Firma de la madre o del padre o tutor

DIRECCIÓN

Fecha

No complete la Parte II si completó la Parte I

Parte II: Negativa a dar el consentimiento

Mi firma confirma que comprendo este formulario y que la información requerida está completa. No doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia de mi hijo/a. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, solicito que el personal de la iglesia tome las siguientes medidas, en la medida de lo posible:

Firma de la madre o del padre o tutor

DIRECCIÓN

Fecha