

**MOSCOW PUBLIC SCHOOLS
FORMA DE CONSENTIMIENTO MEDICO
2015-2016**

Por este medio senalo a USD 209 Moscow, Kansas, los coaches, sponsors, maestros, enfermeras o administradores, como mi agente y representativo para proponer la autorizacion y consentimiento para el cuidado dado en el hospital y/o cuidado y tratamiento medico de _____ para cualquier enfermedad o lastimadura que pueda ocurrir cuando este en el cuidado del encargado, dentro de las fechas del 08/15 to 05/16.

Es entendido que se hara todo lo posible para comunicarse con los padres antes de dar algun tratamiento.

Este consentimiento es para tratamiento de emergencia si nosotros no estamos disponibles para ser comunicados.

Doy mi consentimiento para la divulgacion de informacion sobre las vacunas de este estudiante en el Registro de Inmunizacion de Kansas.

Firma del Padre

Fecha

Firma del Testigo

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____ Telefono _____

Nombre del madre _____ Telefono _____ Cell # _____

Nombre del padre _____ Telefono _____ Cell # _____

Nombre del doctor _____ Hospital de preferencia _____

Alguna medicina tomada regularmente _____

ALLERGIAS _____

Problemas _____

NUMERO DE EMERGENCIA AL DEBEMOS LLAMAR CASO QUE NO SE
ENCUENTREN LOS PADRES:

Nombre _____ Telefono _____ Cell # _____

Nombre _____ Telefono _____ Cell # _____