

---

**INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE DEL CONDADO DE MONROE Y FORMULARIO DE PERMISO**

**ESCUELA** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO DE LA ESCUELA#** \_\_\_\_\_

La norma y el procedimiento en el caso de que un niño(a) requiera de un tratamiento médico mientras este en algún viaje patrocinado por la escuela, para ponerse en contacto con los padres y para informarles sobre la situación y obtener el consentimiento y las instrucciones de cómo proceder en caso de una emergencia y si no podemos localizarlo, su firma más abajo otorgaría el permiso para un tratamiento rutinario de emergencia.

---

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Portador de su seguro de salud: \_\_\_\_\_

Número de la póliza # \_\_\_\_\_

Yo estoy de acuerdo que en caso de un tratamiento de emergencia proporcionado a mi hijo(a), Yo pagaré por cualquier transporte o gastos medicos no cubiertos por mi compañía de seguro o si Yo no tengo el seguro, Yo estoy de acuerdo en pagar tales gastos contraídos.

**INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE:** (Por favor marque el que aplica)

Enfermedad del corazón \_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_ Presión alta \_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_

---

Medicamento \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

---

**NUMEROS DE TELÉFONO DE LOS PADRES**

PADRE \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

MADRE \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

OTRO \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Yo/nosotros otorgo a el personal de la escuela el derecho a ordenar un tratamiento medico de emergencia para mí/nuestro hijo(a) y Yo/nosotros entiendo que alguna o toda la responsabilidad financiera de tales servicios dependen de mí/nosotros. Finalmente, Yo/nosotros estoy de acuerdo en liberar de responsabilidad a el personal de la escuela y a el programa de la escuela por todas las acciones tomadas a favor de mí/nuestro hijo(a).

\_\_\_\_\_  
Padre(s) o Guardián(es)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Si algun programa o acontecimiento requieren a un estudiante a salir del condado, esta forma y la forma de consentimiento para el tratamiento médico (MSCD-ADM002) reproducida en la parte de atrás de esta forma se deben de otorgar.