



Distrito Escolar Unificado de Manteca

Consentimiento Para Tratamiento de Emergencia

Escuela/Maestro	Grado	#Salon	# ID del Estudiante
-----------------	-------	--------	---------------------

Hay Documentos Legales en la Escuela

Estudiante Vive Con: _____ Relación: _____

Nombre del Estudiante – POR FAVOR IMPRIMA

Apellido	Primer Nombre	2 nombre	Fecha de Nacimiento (mes/dia/año)	Genero (Circule uno) F M
Domicilio		Dirección de Correspondencia		Zona Postal
Padre(s)/Guardián <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			# Casa ()	# Celular ()
Padre(s)/Guardián <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			# Casa ()	# Celular ()
Preocupaciones Especiales (Medicamentos/Alergias/Etc.,)				
Doctor		Teléfono	Dentista	
			Teléfono	
Hospital de Preferencia				

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor anote nombres de personas que Usted autorice a dar tratamiento de emergencia a su hijo(a) mencionado

#	Nombre – Persona de Contacto (Primer y apellido)	Teléfono	Domicilio	Relación del estudiante
1				
2				
3				
4				

Consentimiento Para Tratamiento de Emergencia

El consentimiento siguiente para tratamiento de emergencia en la ausencia del padre/guardián legal es dado con acuerdo a las condiciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California.

Yo, el padre/persona que firma abajo, teniendo custodia legal de _____ un menor, autorizo al DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MANTECA a actuar como mi representante en dar consentimiento al menor indicado arriba para recibir los servicios médicos necesarios en caso de emergencia. Tales servicios médicos pueden incluir rayos-x, anestesia, tratamiento o diagnóstico quirúrgico médico o dental, y/o cuidado de hospitalización recomendado judicialmente por cualquier doctor o cirujano licenciado por el Acta de Practica de Medicina del personal medico de cualquier hospital o dentista licenciado bajo el Acta de Practica Dental. Tal diagnóstico o tratamiento puede ser administrado en la oficina de dicho doctor/dentista o en dicho hospital.

Es entendido que esta autorización es dada por anticipado a cualquier diagnóstico específico, tratamiento o cuidado de hospitalización que se requiera. Lo siguiente son exclusiones a mi autorización: (Por favor indique cualquier exclusión abajo o escriba "Ninguno")

Yo autorizo a cualquier hospital, que le a proveido tratamiento al menor-indicado arriba de acuerdo a las condiciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California, que le entregue el menor a mi(s) agente(s) indicados en esta lista cuando se termine el tratamiento. Esta autorización es dada de acuerdo a la Sección 1283 del Código de Salubridad y Seguridad de California.

Firma del Padre/Guardián Legal	Fecha
--------------------------------	-------