



# Santa Ana Unified School District

Servicios de Apoyo/Servicios de Salud

## CONSENTIMIENTO PARA CUIDADOS DE EMERGENCIA

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Yo/nosotros, los padres o tutores legales abajo firmantes de \_\_\_\_\_, un menor de edad, por la presente autoriza y da su consentimiento a la escuela para obtener la atención médica de emergencia y el transporte necesario, incluyendo el examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico y hospital de emergencia que se considere aconsejable y que se prestará bajo la supervisión general o específica del personal médico y de la sala de emergencia con licencia bajo las disposiciones de la ley de práctica de la medicina y el Departamento de Salud Pública del Estado de California.

Se entiende que se hará un esfuerzo para contactar al abajo firmante antes de dar tratamiento al alumno, pero que no se retendrá ningún tratamiento mencionado si no se puede contactar al abajo firmante o a los adultos autorizados.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que el distrito escolar no provee seguro médico/de accidentes para los alumnos y yo/nosotros entiendo/entendemos que todos los costos relacionados con el tratamiento médico pueden ser mi/nuestra responsabilidad y no la del distrito escolar.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_