



# FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE EMERGENCIA

Número de estudiante #: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de contacto del Padre:** Nombre: \_\_\_\_\_

**Teléfonos:** Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Información de contacto de la Madre:** Nombre: \_\_\_\_\_

**Teléfonos:** Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Por favor provea una lista de personas que están autorizadas a recoger y transportar a su hijo/a en caso de emergencia o un desastre natural. Por favor, escriba información de varias personas.

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	RELACIÓN
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si tiene el número de teléfono de algún pariente que este viviendo fuera del estado, que pueda recibir un mensaje en caso de emergencia, por favor llene la información abajo:

\_\_\_\_\_

Nombre

Relación

Código Postal

Número Telefónico

Por la presente autorizo a la escuela a que deje a mi niño/a salir con cualquiera de las personas arriba si yo no estoy disponible.

Firma de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO DE UN MENOR

Autorizo/amos a Centennial Middle School, a cualquier adulto que reside en 305 E 2320 N Provo, Utah 84604, a consentir a cualquier Rayo X, estudio, anestésico, diagnóstico médico o quirúrgico o tratamiento y cuidado en el hospital, a ser prestados al menor bajo supervisión general o especial y basado en la recomendación del doctor o cirujano con lincencia de práctica en el estado de Utah, cuando la necesidad de tratamiento sea urgente, y cuando los intentos de contactarme son inexitosos. Estoy de acuerdo de tomar toda responsabilidad financiera por los servicios prohibidos a mi hijo/a. Esto será válido en la fecha de cualquier ocurrencia que requiera poder de representación, a menos que lo revoque yo por escrito. Esta autorización no será afectada por mi muerte ni discapacidad.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

La infomación a continuación puede ser crucial a personal medico de emergencia en caso de desastre en la comunidad:

Doctor del niño o grupo médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad crónica o alergias/asma? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

¿Es su niño/a alérgico a algún medicamento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Está tomando actualmente su niño/a algún medicamento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Otras preocupaciones: \_\_\_\_\_