



HIGHLANDER
CHARTER SCHOOL
Learning as diverse as our students

Grado: _____

FORMULARIO DE AUTORIZACION DE EMERGENCIA 2009-2010

Este formulario será utilizado para autorizar el tratamiento de su niño en una situación de emergencia. Highlander utilizará este formulario para la Oficina de Salud, excursiones, actividades estudiantiles y educación física. Se intentará contactar a los padres y/o encargados del niño.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Padre(s) o Encargado(s) Legal(es):

Nombre: _____ Relación: _____ ¿Vive con el niño? Sí No

Teléfono Hogar: _____ Teléfono Oficina: _____ Celular: _____ Email: _____

Nombre: _____ Relación: _____ ¿Vive con el niño? Sí No

Teléfono Hogar: _____ Teléfono Oficina: _____ Celular: _____ Email: _____

Personas adicionales autorizadas para ser responsables de su niño cuando usted no está disponible en una emergencia. ESTO INCLUYE A ESAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER SU NIÑO EN LA ESCUELA.

Nombre : _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre : _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre : _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Alergias que tenga el estudiante (medicamentos, comida y/o ambiente): _____

Condiciones Médicas (por favor incluya medicamentos, enfermedades, infecciones, etc.): _____

Compañía de Seguro Médico: _____ Número de Póliza: _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO: Autorizo a la Escuela Highlander o a sus representantes autorizados, a ofrecer cuidado médico cuando mi niño _____ lo requiera, incluyendo evaluación y tratamiento. Este permiso está condicionado que al entender que existe una seria enfermedad o la necesidad de atención en el hospital, el Director hará todos los esfuerzos razonables en comunicarse conmigo. Entiendo que seré responsable de los costos incurridos durante la emergencia.

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____