ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA DEL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO JUVENIL Y COMUNITARIO (DYCD, por sus siglas en inglés) (Para que complete el padre, madre o tutor)

Nombre del alumno: _____ *Fecha de nacimiento:* _____

1. Si mi hijo necesita atención médica de emergencia y no pueden localizarme, doy mi consentimiento para que el programa mencionado anteriormente obtenga la atención médica necesaria para mi hijo. Acepto abonar todos los costos asociados con la atención médica de emergencia que mi hijo reciba. Entiendo que se hará todo lo posible por contactarme antes y después de que reciba atención médica.

2. Después de que mi hijo haya recibido atención médica de emergencia, podrán retirarlo las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ Empleador: _____

Teléfono laboral: _____

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ Empleador: _____

Teléfono laboral: _____

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ Empleador: _____

Teléfono laboral: _____

3. Información sobre seguro/salud:

Médico del alumno: _____ Compañía de seguro: _____

Teléfono: _____ Nº de identificación del beneficiario: _____

Alergias: _____ Religión: (opcional) _____

Última vacuna contra el tétano: _____ Medicamento(s) que toma: _____

Domicilio: (médico del): _____

Comentarios adicionales: _____

_____

4. Entiendo que este consentimiento tendrá validez a partir de la fecha en que yo firme el presente formulario y se mantendrá mientras mi hijo esté inscrito en el programa extraescolar.

_____

Firma del padre, madre o tutor *Fecha*