

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PRIMEROS AUXILIOS Y ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Autorizo al personal de Phalen Leadership Academy 48 que está capacitado en los fundamentos de primeros auxilios a proporcionar primeros auxilios a mi hijo/a cuando sea apropiado.

Entiendo que se hará todo esfuerzo posible para comunicarse conmigo en caso de una emergencia que requiera atención médica para mi hijo/a. Sin embargo, si no se me puede localizar, por la presente autorizo al programa a transportar a mi hijo/a al centro médico más cercano y/o a , y a obtener el tratamiento médico necesario para mi hijo/a.

Nombre del médico del niño/a:

Dirección:

Número de teléfono:

Alergias del niño/a:

Condiciones crónicas de salud:

CONTACTOS DE EMERGENCIA (en el orden en que deben ser contactados)

Nombre:

Dirección:

Relación con el niño/a:

Teléfono:

¿Autoriza que el niño/a sea entregado a esta persona? Sí ☐ No ☐

Nombre:

Dirección:

Relación con el niño/a:

Teléfono:

¿Autoriza que el niño/a sea entregado a esta persona? Sí ☐ No ☐

Nombre:

Dirección:

Relación con el niño/a:

Teléfono:

¿Autoriza que el niño/a sea entregado a esta persona? Sí ☐ No ☐

Cobertura de seguro médico:

N.º de póliza:

Nombre del padre/madre/tutor:

Teléfono (trabajo):

Teléfono (casa):

Nombre del padre/madre/tutor:

Teléfono (trabajo):

Teléfono (casa):

Firma del padre/madre/tutor:

Fecha: