

PANHANDLE AREA EDUCATIONAL CONSORTIUM
CONSENTIMIENTO DE COMPARTIR INFORMACION MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Favor de llenar esta forma y firme

Nombre del Estudiante _____ Circule uno: Hombre Mujer

Fecha de Nacimiento _____ Grado: _____ Año Escolar: _____

Nombre de los Padres _____

Nombre de los Guardianes _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

de Teléfono de Casa: _____ # de Teléfono de Trabajo: _____

de Emergencia: _____ # de Celular: _____

Correo Electrónico: _____@_____

Yo/Nosotros le doy/damos permiso a mi/nuestro hijo(a) que asista a **eventos después de los programas escolares y que participe en deportes** durante los próximos 12 meses, empezando el 1 de julio 20____ hasta 30 de junio 20____. Yo/Nosotros entendemos que va haber supervisión de parte adultos en estos eventos. Yo/Nosotros también entendemos de que si hay problemas de disciplina con el estudiante nombrado en este formulario, va ser nuestra responsabilidad de levantar nuestro hijo(a) en el sitio del evento y no va ser elegible para eventos en el futuro sin la aprobación específica de el personal escolar encargado de los eventos o deportes.

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

Yo/Nosotros, el abajó firmante, padre(s)/Guardián(es) del niño(a) ya nombrado en este formulario de consentimiento, autorizamos al distrito escolar, el personal del distrito escolar, nuestros representantes, como agentes del abajó firmante que de consentimiento para un examen de rayos X, anestesia, diagnosis medica o cirugía, o tratamiento y cuidado de hospital que sea necesario basado en la evaluación y bajo el cuidado y supervisión general de un medico, un extensor del medico o un cirujano con licenciatura medica bajo las provisiones de *Medicine Practice Act* sobre todo el personal medico de cualquier Hospital o clínica medica donde los servicios son rendidos, ya sea en la oficina de un doctor/medico o en el hospital.

Es entendido que esta autorización es otorgada por adelantado de cualquier diagnosis específica, accesoria de la lesión al tiempo de tratamiento o cuidado de hospital que es requerido pero la autorización y poder es otorgada a los agentes designados (el distrito escolar o el personal de este) para que puedan ellos autorizar cualquier diagnosis, tratamiento, o cuidado de hospital basado en la evaluación medica y el cuidado que este medico piense que sea necesario; y tal autorización y poder incluye cuidado de emergencia o cuidado de urgencia.

Esta autorización es otorgada mediante las provisiones *Section 456.057, Florida Statutes*, que permite que el Padre(s) o Guardián(es) otorguen a cualquier adulto la autorización de consentir tratamiento medico o dental.

Esta autorización estará en efecto empezando en la fecha escrita abajo, o cuando se revoque en escrito y de una copia a los agentes interesados.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (Letra de Molde): _____

(Nombre Legal del Padre o Guardián)

