



## FORMA DE CONSENTIMIENTO DE UN MENOR

Cuando estén asistiendo a una excursión, las Escuelas de MSD del Municipio de Washington sugiere que los padres de niños menores completen esta Forma de Consentimiento de Tratar al Menor. Esto provee permiso legal para tratar a su hijo/a en caso de enfermedad o lesión si usted no puede acompañar a su hijo/a al hospital. La ley requiere que el hospital reciba permiso del padre natural o guardián legal de su hijo/a antes de proveer tratamiento de una enfermedad o lesión que no amenace la vida. Si esta forma no acompaña a la persona que trae al niño para tratamiento, el padre debe ser contactado antes de ofrecer tratamiento.

**Esta forma DEBE tener la fecha y es válida por no más de un período de 90-días.**

### AUTORIZACIÓN PARA OBTENER CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Fecha de la Última Vacuna de Tétano: \_\_\_\_\_

Condiciones Médicas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos Actuales: \_\_\_\_\_

Médico Familiar: \_\_\_\_\_

Número Telefónico del Médico: \_\_\_\_\_

Especialista Preferido (Ortopeda, cirujano, etc.) \_\_\_\_\_

Dirección Domiciliaria del Paciente/Estudiante: \_\_\_\_\_

# Telefónico \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

---

Por medio de la presente, yo concedo permiso a el(los) chaperones autorizado(s) de viaje de las Escuelas del MSD del Municipio de Washington a autorizar tratamiento médico de emergencia para el niño/a arriba mencionado en mi ausencia.

**Fecha de Inicio:** \_\_\_\_\_ **hasta Fecha Final:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Seguro de Salud:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Asegurado:** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social/Póliza #** \_\_\_\_\_

**Grupo #** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Guardián Legal** \_\_\_\_\_

**Firma del Testigo** \_\_\_\_\_

