

Distrito Escolar Unificado de Saddleback Valley, Servicios de Aprendizaje Expandidos
FORMULARRIO DE AUTHORIZACIÓN MÉDICA – TLC 2024/2025

Nombre del Niño(a) _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Nombres de los Padres/Tutor _____

Dirección del Hogar del Niño(a) _____

Teléfono Celular de la Madre _____ **Teléfono Celular del Padre** _____

Trabajo de la Madre _____ **Trabajo del Padre** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Sexo** _____ **Edad** _____ **Grado** _____ **Maestro(a)** _____

Escuela _____

Alerta Especial- Alergias _____ **Epi Pen** _____ **Inhalador** _____

Documentos Legales Archivados (es decir, orden de alejamiento custodia, etc.) _____

Personas que no sean los padres que estén autorizados a firmar al niño(a) de salida o ser llamados en caso de emergencia

Nombre	Cuidad de Residencia	Teléfono	Parentesco
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nombre de Contacto Fuera del Estado _____ **Teléfono** _____

Nota: Se llamará al 911 en caso de emergencia

Nombre del médico _____

Dirección _____ **Teléfono** _____

Medicamentos Actuales _____

Formulario completado de Adm. de Medicamento Si No (por favor consulte al personal de la oficina)

Condiciones Médicas (es decir, alergias, epilepsia, mareo, etc.) _____

Preferencia de Hospital _____

Consentimiento para Darle Tratamiento a un Menor

El participante antes mencionado tiene mi permiso para participar en todas las actividades del programa, excepto como yo lo indique. En el caso de que no pueda ser contactado en una emergencia, por la presente doy permiso al personal del programa para hospitalizar y asegurar tratamiento adecuado para mi hijo(a). Si es necesario llamar a una ambulancia, el personal del programa tiene mi permiso.

Nombre Impreso _____ **Firma** _____ **Parentesco con el Niño(a)** _____ **Fecha** _____

Se requiere firma manuscrita- Por favor firme después de imprimir