

**TULSA PUBLIC SCHOOLS**  
**Departamento de Servicios de Salud**

**TRANSPORTE POR AMBULANCIA**  
**INFORMACIÓN MEDICA PARA EMERGENCIA Y**  
**AUTORIZACIÓN PARA PROVEER TRATAMIENTO Y PARA TRANSPORTAR AL MENOR**

SE PIDE ESTA INFORMACIÓN PARA AYUDAR AL PERSONAL DE AMBULANCIA EN PROVEER CUIDADO AL ALUMNO NOMBRADO. ESTA INFORMACIÓN SERA PROVEIDA SOLAMENTE A INDIVIDUOS QUE PROVEEN CUIDADO MEDICO.

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN/CIUDAD/CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO DE PADRE/GUARDIAN/LEGAL O PERSONA RESPONSIBLE PARA EL CUIDADO DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN (SI DIFERENTE DEL ALUMNO): \_\_\_\_\_  
NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

PROTECCIÓN MEDICA (INDIQUE LO APLICABLE):

(Note: Esto **NO** afecta cuidado medico que se necesita)

NADA \_\_\_\_\_ SEGURO PRIVADO \_\_\_\_\_ MEDICAID/ AYUDA ESTATAL \_\_\_\_\_ EMSA TOTAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLIZA: \_\_\_\_\_  
# DE MEDICAID O DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ # DE CUIDADO TOTAL: \_\_\_\_\_

MEDICO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ PREFERENCIA DE HOSPITAL: \_\_\_\_\_

ALERGIAS DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_ DESCONOCIDO: \_\_\_\_\_

CONDICION MEDICA/HISTORIA MEDICA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MEDICINAS Y LAS DOSIS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARA LA ENFERMERA DE LA ESCUELA/EMPLEADOS DE OFICINA**

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

FAVOR DE ANOTAR EL PROBLEMA PRESENTE O RAZON POR HABER LLAMADO UNA AMBULANCIA. PARA PROBLEMAS MEDICOS, FAVOR DE INDICAR LOS SINTOMAS Y LA HORA QUE EMPEZARON. PARA LESIONES, DESCRIBA LOS SUCESOS ANTES DEL ACCIDENTE, CUALQUIER LESIONES O DAÑOS NOTADOS. SI SEÑALES VITALES ESTAN DISPONIBLES, FAVOR DE INCLUIRLOS Y LA HORA QUE FUERON TOMADOS.

GRACIAS!

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(VEA UD. EL OTRO LADO DE LA HOJA)**

**INFORMACIÓN MEDICA PARA EMERGENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA DAR TRATAMIENTO Y PARA TRANSPORTAR A MENOR DE EDAD**

**AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO DE EMERGENCIA AL MENOR DE EDAD**

Yo/Nosotros, él/los que da(mos) firma, padre(s) o guardian legal del niño menor de edad nombrado aquí abajo:

Nombre y Apellido del Menor \_\_\_\_\_ Fecha da Nacimiento: \_\_\_\_\_  
doy/damos autorización para transporter por servicio de ambulancia, con licencia del Estado de Oklahoma; y autorizo/autorizamos examinación de rayo x, diagnosis anestésucam dental, médica o diagnosis quirúrgica o tratamiento por cualquier medico o dentista con licencia del Estado de Oklahoma y servicio de hospital que puede estar proveído a dicho menor de edad bajo el permiso general, o específico de un miembro designado de la facultad o de la enfermera de la escuela, el custodio temporario de dicho menor, sin importer si tal diagnosis o tratamiento está proveído en la oficina del medico o dentista, o en un hospital licenciado por el Estado de Oklahoma. Además autorizo/autorizamos que dicho medico use su discreción autorizando disposición del tejido o miembro separado.

Está entendido que este permiso está dado de ante mano de cualquier diagnosis especifica o antes de cualquier tratamiento, pero está dado para animar a las personas que tienen custodio temporal del menor y dicho medico o dentista para que use su major juicio en cuanto a los requisitos de tal diagnosis o tratamiento dental o quirúrgico.

Este permiso quedará en efecto hasta \_\_\_\_\_ am/pm del dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, a lo menos que esté renunciado en forma escrita y entretado a dicho medico o dentista o dicha persona encargada con el cuidado y control de tal hijo menor.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardian Legal o Persona  
Responsable para el Cuidado del Alumno

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardian Legal o Persona  
Responsable para el Cuidado del Alumno

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (No las Personas Identificadas Arriba)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Hay que repasar v renovar esta forma cada año escolar.