

COLEGIO SAN JOSÉ
CAGUAS, PUERTO RICO
CURSO ESCOLAR 2016 - 2017

FORMA 6

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS
EN CASOS DE EMERGENCIA**

Yo, _____, padre o tutor de
_____ autorizo a la enfermera(o) o
Principal del Colegio San José a examinar, evaluar y ofrecer primera ayuda a
mi hijo(a) en caso que sea necesario.

Autorizo a la enfermera o Principal a administrar a mi hijo(a) los siguientes
medicamentos:

_____ Tylenol/Panadol _____ Mylanta (anti-ácidos) _____ Benadryl
(para el dolor de cabeza o fiebre) (para el dolor estomacal) (en caso de alergia)

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS

En caso de emergencia el personal del Colegio San José queda plenamente
autorizado a trasladar a mi hijo(a) a la oficina del médico u hospital más
cercano a discreción de la institución.

Relevo al personal de cualquier accidente que ocurra como consecuencia de
esta emergencia.

AUTORIZACIÓN AL PERSONAL DEL HOSPITAL Y/O MÉDICO PRIVADO

Autorizo al médico privado y/o hospital para administrar cualquier tratamiento
que sea necesario para asegurar el bienestar de mi hijo(a). Este permiso de
tratamiento es vigente aún cuando yo u otro guardián legal de mi hijo(a) no
podamos estar presente.

Estoy de acuerdo en que seré responsable por los gastos médicos incurridos
para el bienestar de mi hijo(a).

Firma del Padre

Firma de la Madre

Tel. Celular

Tel. Residencial

Fecha

**ESTA HOJA DEBIDAMENTE FIRMADA DEBE SER ENTREGADA
AL MAESTRO DE SALÓN HOGAR EN LA PRIMERA SEMANA DE CLASES.**