

## **AUTORIZACION DE PADRES/TUTORES PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE**

Como tutor legal de un menor estudiante en la preparatoria Pajaro Valley, por medio de la presente autorizo al director o su designado, en cuyos cuidados se ha confiado el menor arriba mencionado, que inicien un cuidado de emergencia de paramédicos/ ambulancia para transportar al menor mencionado y consentir un examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médica o cirugía, tratamiento y/o cuidados de hospital para dicho menor por recomendación de un médico titulado y/o dentista.

Yo entiendo que esta autorización se da por adelantado de cualquier diagnóstico, tratamiento, o cuidados de hospital y provee autoridad y poder a los agentes anteriormente mencionados para brindar consentimiento específico a cualquiera o todos los diagnósticos, tratamiento, o cuidado de hospital el cual un médico titulado o dentista lo crea necesario.

Esta autorización deberá ser efectiva por el año total escolar a menos que sea revocada por escrito y entregada a tales agentes. Yo entiendo que el **Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro**, sus empleados y su Consejo Administrativo no asumen responsabilidad de cualquier clase en relación a la transportación o tratamiento de dicho menor. Se entiende además que todos los costos de transportación de paramédicos/ambulancia, hospitalización y cualquier revisión, Rayos X, o tratamiento proveído en relación a esta autorización será mi responsabilidad.

*Por favor escriba sus iniciales "Formulario de la Firma de Reconocimiento" -  
"Autorización de padres/tutores para tratamiento médico de emergencia del estudiante"*

7/15