

Favor de entregar a Southern Oregon University

Forma para autorizar Atención Médica

IMPORTANTANTE

A los padres: Favor de llenar y entregar esta forma a la Academia Latina. Muchas gracias.

Nombre del estudiante _____

Nivel escolar _____ Edad _____ Varón Hembra

Por medio de la presente autorizo la atención médica al joven _____ para tratar problemas médicos menores o heridas menores. Esta autorización solo tiene vigencia durante el período en que la persona antes mencionada asista a la **Academia Latina** en Southern Oregon University. Además, se entiende que en caso de enfermedad mayor o en caso de emergencia, la Universidad tomará todos los medidos posibles para avisar a los padres o tutores de manera inmediata y que trasladarán a mi hijo al hospital más cercano.

Firma de Padre, Madre o Tutor

Familiar más cercano después de los padres

Fecha de firma

Dirección de Padre, Madre o Tutor

Dirección del familiar más cercano después de los
padres

Ciudad Estado Código Postal

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono del hogar Teléfono del trabajo

Teléfono del hogar Teléfono del trabajo

Nombre de compañía de seguro para hospital y número de póliza

*****Ver atrás para forma instructiva de atención médica particular al joven*****

VER ATRAS

INSTRUCCIONES MEDICAS ESPECIALES

FAVOR DE LLENAR LOS PADRES O TUTORES:

En la ausencia de personal médico preparado, por medio de la presente autorizo a cualquier persona o personas indicadas por el director del programa para administrar o supervisar la auto-administración del siguiente medicamento en la Academia Latina.

Consiento mandar el medicamento con etiqueta a nombre del estudiante, el nombre del medicamento, el horario de aplicarse, la dosificación, y el nombre del médico.

¿Tiene este joven alguna alergia conocida? sí no

Si es afirmativo, ¿de qué tipo? _____

MEDICAMENTO	DOSIFICACION	HORARIO DE APLICARSE	INSTRUCCIONES
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma: _____
Padre, Madre o Tutor

Número de teléfono: _____

Fecha de firma: _____

Nombre del médico: _____

Teléfono del médico: _____