

Permiso De Los Padres Y Tratamiento En Caso De Emergencia

Emergency Treatment and Parent/Guardian Consent



¿Hay alguna persona que legalmente no pueda estar en contacto con su hijo? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, quién: _____

(Colocar la documentación legal en el archivo familiar)

Fotografía del Niño (Opcional)	Nombre del Niño (Apellido, Nombre)	
	Fecha de Nacimiento (Niño)	Centro
	Dirección del Domicilio	
	Número del Apt./ Nombre	
	Ciudad	Código Postal
	Padre/ Tutor 1	Relación
	Idioma Natal:	
	Teléfono Primario	Teléfono Secundario
	Patrón	Teléfono del Patrón
	Padre/ Tutor 2	Relación
	Idioma Natal:	
	Teléfono Primario	Teléfono Primario
	Patrón	Patrón

¿Cuál es/son la(s) mejor(es) maneras para que nuestro personal se comunique con usted?: Nota en la mochila de su hijo Por Teléfono Email En Persona Se necesita Intérprete

Nombre del Contacto en Caso de Emergencia Médica (Apellido, Nombre)	Relación con el niño	Teléfono
Proveedor del Cuidado de Salud del Niño	Teléfono	
Problemas Médicos/ Alergias	Medicamentos	
Seguro del Niño	Número del Proveedor del Primer Seguro o del Seguro Privado	
Nombre del Dentista del Niño	Teléfono	Fax
Nombre y dirección del Proveedor del Cuidado Infantil del Niño	Teléfono	

Por este medio doy mi permiso para que mi hijo reciba tratamiento de emergencia incluyendo primeros auxilios y resucitación cardiopulmonar (CPR) de parte de un miembro del personal calificado. Autorizo también y doy mi permiso para que mi hijo reciba tratamiento y procedimientos médicos, quirúrgicos y de hospital de parte de su proveedor de salud regular y cuando a ese proveedor no se le pueda localizar; para que se lo proporcione un médico bajo licencia o un hospital si se considera inmediatamente necesario o cuando el médico lo recomiende para salvaguardar la salud de mi hijo y no se puedan comunicar conmigo.

También doy mi permiso para que transporten a mi hijo en una ambulancia, en un carro de ayuda o lo hagan las personas alternas anteriormente mencionadas a un centro de emergencia para que reciba tratamiento. Si mi hijo se enferma o se lastima en la escuela y no se me puede localizar ni a mí ni a los alternos mencionados anteriormente, doy permiso para que transporten a mi hijo a la casa como lo hacen siempre utilizando el transporte escolar o el del programa de Educación Temprana.

Firma del Padre / Tutor _____

Fecha _____

1: imprimir las páginas 1 y 2 en la misma hoja



Revised 02/2017

Page 1 of 2

08.005.08 WPringle

Por este otorgo permiso para que mi hijo, _____ se le entregue a los siguiente individuos durante el año escolar en curso. Las personas que se mencionan más adelante deben mostrar la debida identificación antes de que el centro o el autobús les entreguen al niño mencionado anteriormente.

Fecha	Nombre	Relación con el Niño	# de Teléfono	Iniciales de los Padres

El/la siguiente hermano(a)/ u otro niño mayor de 12 años puede recibir del autobús a mi hijo que asiste a la escuela de Educación Temprana. Se debe mostrar identificación con fotografía para poder recibir al niño del autobús o del centro.

Fecha	Nombre	Relación con el Niño	Teléfono	Iniciales de los Padres

PERMISO PARA RECIBIR SERVICIOS

Doy mi permiso al programa de Educación Temprana de Puget Sound ESD para llevar a cabo los siguientes servicios para mi hijo, mientras el mismo esté inscrito en el programa de Educación Temprana (**por favor escriba sus iniciales**):

- ___ Transporte desde/ hacia el sitio del programa de Educación Temprana de PSESD, cuando el mismo esté disponible
- ___ Observación informal en el aula de parte del personal del programa de Educación Temprana de PSESD para que el mismo proporcione asistencia técnica al personal
- ___ Evaluaciones y exámenes de desarrollo
- ___ Evaluaciones de Salud
- ___ Evaluaciones Dentales
- ___ Fotografía o video para la capacitación del personal del programa de Educación Temprana de PSESD
- ___ Fotografía o video para la promoción del programa de Educación Temprana de PSESD entre los colaboradores comunitarios
- ___ Récord de vacunas del Perfil Infantil Estatal
- ___ Observación/consulta de salud mental de parte de un Profesional de Salud Mental

Firma del Padre/ Tutor Legal

Iniciales

Fecha

Firma del Padre/ Tutor Legal

Iniciales

Fecha

Firma del Intérprete

Fecha

1: imprimir las páginas 1 y 2 en la misma hoja