

ESCUELAS DEL CONDADO DE KNOX

**PERMISO MÉDICO OPCIONAL**

Este documento opcional debe ser utilizado para registrar el permiso de los padres para cualquier tratamiento médico o quirúrgico necesario, en caso de que haya alguna emergencia médica durante la salida de campo.

Nosotros, quienes firmamos abajo, como los padres y tutores legales de

\_\_\_\_\_  
Escribir nombre del estudiante

por medio de la presente damos el derecho a la Junta Educativa de las Escuelas del Condado de Knox, a sus empleados y a sus agentes, de buscar cuidado médico para nuestro hijo. Además aceptamos cualquier tratamiento médico o quirúrgico de emergencia, incluidas la anestesia y las operaciones que el médico seleccionado por agentes u oficiales de la Junta de las Escuelas del Condado de Knox, considere necesarias. Por lo tanto, la intención es otorgar autoridad para administrar y desempeñar cualquier examen de emergencia, tratamientos, anestesias, operaciones y procedimientos de diagnóstico que sean considerados necesarios por cualquier médico calificado, ahora o durante el periodo del cuidado del paciente. Como testigos de nuestro permiso y acuerdo sobre lo mencionado previamente, hemos escrito nuestras firmas a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres/Tutores

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres/Tutores

\_\_\_\_\_  
Fecha

ESTADO DE TENNESSE, CONDADO DE \_\_\_\_\_

FIRMADO y juramentado delante de mí, un Notario Público, este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

Mi cargo expira \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notario

Empresa de Seguro Médico \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_

Si no está cubierto por un seguro médico, favor marcar esta casilla.

Dirección del Estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de la Familia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Alergias o Enfermedades Especiales \_\_\_\_\_

NOTA: En el caso de una situación de emergencia médica, aunque se tenga este documento, el acompañante intentará contactar primero a los padres/tutores del estudiante.

Disposición

Copia a la oficina Fecha \_\_\_\_\_

El original será retenido por el maestro(a) y llevado a la salida de campo