

Conferencia de Indiana de las Escuelas Adventistas del Séptimo día
Consentimiento para tratamiento

Nosotros los padres o tutores abajo firmantes del menor _____,
Nombre legal completo y fecha de nacimiento

por la presente autorizamos y consentimos a _____ y a sus representantes
Nombre de la escuela

para asegurar cualquier diagnóstico, tratamiento o procedimiento médico o quirúrgico que sea necesario por el menor en caso de algún accidente u otra razón de la cual sea necesario a discreción de _____ y sus representantes.
Nombre de la escuela

La escuela puede llamar a cualquier dentista o doctor para el diagnóstico o tratamiento del menor; o el diagnóstico o el tratamiento se puede llevar a cabo en la oficina de dichos médicos; o en cualquier hospital certificado. Por tanto los abajo firmantes se comprometen a pagar el costo de los servicios y se hacen responsables de cualquier indemnización por daños que pueda ocurrir en el tratamiento o su diagnóstico y no responsabilizarán a _____ de cualquiera de estos gastos.
Nombre de la escuela

Los abajo firmantes solicitan de ser posible que se contacte a los siguientes doctores escritos abajo con el propósito de dicho tratamiento. Los nombres son los siguientes:

_____, M.D. _____, D.D.S.
Doctor de preferencia Dentista de preferencia

Entendemos que este consentimiento se da de antemano en caso de que sea necesario un diagnóstico o tratamiento específico. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que se anule por escrito y la anulación escrita sea entregada a _____.
Nombre de la escuela

La siguiente información es necesaria por un doctor o un hospital que no tenga el historial clínico del menor:

Alergias: _____

Medicinas: _____

Fecha de la última vacuna de tétano: _____

Impedimento físicos: _____

El menor mencionado anteriormente, ¿tiene seguro médico?

Compañía de seguro médico actual: _____

Número de póliza: _____

Testigos de la firma:

_____	_____	
<i>firma</i>	<i>título (padre, madre o tutor)</i>	
_____	_____	
<i>Nombre impreso</i>	<i>fecha</i>	
_____	_____	_____
<i>Firma del testigo</i>	<i>Nombre impreso</i>	<i>Fecha</i>

Initial & Date to confirm above information is correct. _____

2016-2017 2017-2018 2018-2019