

MONTAUK UNION FREE SCHOOL DISTRICT
MONTAUK, NEW YORK

OFFICE OF THE SUPERINTENDENT

TO:
FROM:
DATE:
RE: PERMISSION FOR MEDICAL TREATMENT

In the event of an emergency requiring medical attention, I hereby grant permission to

_____ in charge of _____ for the _____,
(Teacher) (Field Trip) (School Year)

to make any and all decisions necessary for emergency medical assistance for my son/daughter

(Student's Name) (DOB)

I expect every effort will be made to contact me in order to receive my specific authorization before any treatment or hospitalization is undertaken. If this is not possible, I realize that I will be contacted as soon as possible by telephone.

Home Phone: _____

Home Address: _____

Business Phone: _____

Parent's Medical Insurance Carrier is: _____

Policy Identification Number is: _____

We need a copy of Health Insurance card.

Health Information

Is the student taking any kind of medication? _____ If so, please specify: _____

Does the student have any allergies? _____ If so, please specify: _____

Does the student have any heart trouble? _____ If so, please specify: _____

Is the student allergic to any kind of medication? _____ If so, please specify: _____

Does the student have any other health problems that may be relevant (for example: epilepsy, (any kind of seizures), diabetes, etc.) Please indicate this information on the back of this form; it is important that we have this information. It will be kept confidential.

(Parent Signature)

(Date)

Sworn to before me this _____
day of _____ 20__.

Notary Public - State of New York

C. Estudiantes

Montauk Union Free School District
Montauk, New York

Oficina del Superintendente

Para:
De:
Fecha:
Re: Permiso Para Tratamiento Medico

En caso de una emergencia en que requiera tratamiento medico, Yo le concedo el permiso a _____ encargada del paseo a _____, para _____.
(Maestro/maestra) (Lugar del paseo) (el año escolar)

Tal persona podrá hacer cualquier o todas las decisiones necesarias con mi hijo/hija en el momento de una emergencia médica.

(Nombre del Estudiante) (Fecha de nacimiento)

Espero se hagan todo lo posible para tratar de comunicarse conmigo. Así podrán recibir la autorización necesaria antes de comenzar tratamiento u hospitalización. En el caso de que esto no se pueda. Yo reconozco que si seré informado lo más pronto posible por teléfono.

De teléfono: _____

#De trabajo: _____

Lugar donde Reside: _____

Nombre de Seguro Medico (Padres) _____

Póliza de Seguro Medico _____

Sea específica si toman
Bring Insurance Card so we can make a copy.

Información de salud:

¿Toma algún medicamento el estudiante? ___ Sea especifica si toma ___

¿Tiene alguna alergia el estudiante? ___ Sea especifica si toma ___

¿Sufre de algún problema cardiaco? ___ Sea especifica si toma ___

¿Es alérgica a algún medicamento? ___ Sea especifica ___

Diga si el estudiante tiene algún problema de salud que es relevante (ejemplo: epilepsia, alguna incautación, diabetes etc.) favor de notar esta información en la parte de atrás en este formulario; es muy importante que tengamos esta información. Esta información es confidencial.

(Firma pariente)

(Fecha)

_____ (Bajo juramento)	_____ (día)
_____ (Mes)	20_____. _____
Notario Público del Estado de Nueva York	