



DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH

Consentimiento Médico para Estudiantes Atletas

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

El estudiante, conocido por este medio como el paciente, y su padre(s) o tutor(es) legal, cuyas firmas se adjuntan más adelante, consienten por este medio a todas y cada una de las emergencias médicas o tratamiento quirúrgico incluyendo anestесias y operaciones que pueden ser aconsejadas por los médicos o cirujanos del paciente. Siendo la intención de la presente el otorgar autorización para administrar y realizar todos y particularmente exámenes, tratamientos, anestесias, operaciones y procedimientos de diagnosis los cuales pueden ser considerados recomendables o necesarios. También acordamos que el paciente, una vez admitido, debe permanecer en el hospital hasta que su médico recomiende darle de alta. (Adjunte páginas adicionales si es necesario, incluyendo cualquier disposición importante contenida en el Plan Individual de Educación o en el Plan según la seccion 504 del estudiante). En caso de emergencia, se harán esfuerzos razonables para informar a los padres. Esto no impedirá que el proveedor de cuidados de salud de emergencia actúe en el mejor interés de su hijo.

En constancia de nuestro consentimiento y acuerdo en los asuntos indicados anteriormente, hemos suscrito nuestras firmas a continuación.

Firma del estudiante _____
Fecha

Firma del padre o tutor _____
Fecha

Firma del padre o tutor _____
Fecha

Número de teléfonos para llamar en caso de emergencia

NOTARIZACIÓN DE LA FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL O ESTUDIANTE ADULTO O EMANCIPADO

ESTADO DE LA FLORIDA

CONDADO DE _____

Jurado o afirmado y suscrito delante de mí, este _____ día de _____ del _____,

por _____.

(padre o tutor o estudiante adulto o emancipado)

Firma del notario público - Estado de la Florida

Conocido personalmente _____ o presentó identificación _____

Tipo de identificación presentada _____