



PETALUMA CITY SCHOOLS

Student Emergency Treatment Authorization

I/We the undersigned, parent(s) of the above, a minor, do hereby authorize the principal or designee as agent for the undersigned to consent to any x-ray, examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by , and is to be rendered under the general or special supervision of any physician and surgeon licensed under the provisions of the Medicine Practice Act, whether such a diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at said hospital. It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power on the part of our aforesaid agents(s) to vie specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of their best judgment may deem advisable.

This authorization shall remain effective until the end of the current school year, unless revoked in writing delivered to said agents(s)

Student Name _____

Primary Care Physician's Name _____ Insurance Carrier _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Formulario para Tratamiento del Estudiante en caso de Emergencia

Yo/nosotros los abajo firmantes, padres del anterior, un menor de edad, autorizo(amos) al director o persona designada como agente de los firmantes, a dar consentimiento a cualquier rayos x, examen, anestésico, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y atención en hospital que se considere aconsejable por, y es prestados bajo la supervisión general o especial de cualquier médico y cirujano licenciado bajo las disposiciones de la Ley de Práctica de la Medicina, si tal diagnóstico o tratamiento es prestado en la oficina de dicho médico o en dicho hospital. Se entiende que esta autorización se da por adelantado de cualquier diagnóstico específico, cuidado, tratamiento o cuidado de hospital necesario, pero se da para proporcionar la autoridad y el poder por parte de nuestros agentes mencionados, a dar consentimiento específico para alguno y todos tales diagnósticos, tratamiento o cuidado de hospital que el médico mencionado en el ejercicio de su mejor juicio estime conveniente.

Esta autorización permanecerá vigente hasta el final del año escolar actual, a no ser que sea revocada por escrito y entregada a dichos agentes.

Nombre de estudiante: _____

Nombre de Doctor: _____ Seguro Médico: _____

Firma de Padres/Guardián _____ Fecha _____