

**Consentimiento para continuar tratamiento médico**

**E información del Seguro de Salud**

Nosotros, los que firmamos padres o tutor de (Nombre del Estudiante) \_\_\_\_\_  
menor de edad, por este medio consentimos cualquier examen de Rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento, y  
servicio hospitalario que puedan ser prestados al menor bajo instrucciones generales o específicas de

(Nombre del Doctor) \_\_\_\_\_

(Número de Teléfono) \_\_\_\_\_

O a cualquier doctor que la escuela pueda llamar, si dicho diagnóstico es realizado en la consulta de dicho doctor o en un hospital. Se  
da por entendido que se hará un esfuerzo razonable para contactar al doctor mencionado arriba antes de que la escuela llame a  
cualquier otro doctor. Se entiende además que este consentimiento se da en anticipación a cualquier diagnóstico o tratamiento que  
sea necesario y es dado para autorizar a la escuela o al doctor para ejercer a su mejor juicio los requisitos de dicho diagnóstico o  
tratamiento.

Este consentimiento sera valido hasta que sea revocado por escrito y enviado al doctor que ha sido mencionado arriba o a la escuela a  
la que se le ha confiado la custodia del menor antes mencionado.

El estudiante nombrado:

esta cubierto por un Seguro Médico

es alérgico a medicación

no está cubierto por Seguro Médico

no es alérgico a medicación

Alergias

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Médico

Número de Póliza

Dirección de la casa

Firma del Padre

Teléfono del Trabajo /  
Celular del Padre

Firma de la Madre

Teléfono del Trabajo /  
Celular de la Madre

Firma del Tutor

Teléfono del Trabajo /  
Celular del Tutor

Ciudad, Estado, Código Postal