

## Autorización de los Padres y Permiso para que el Estudiante Reciba Tratamiento

Nombre del Estudiante: (Apellido)	(Primer Nombre)	(Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Grado Escolar
-----------------------------------	-----------------	------------------	----------------------------------	---------------

En mi(nuestra) capacidad de padre(s)/tutor(es) legal(es) del estudiante menor de edad arriba mencionado, yo/nosotros autorizo(amos) por el presente a un miembro(s) del personal del Distrito Escolar Independiente de Katy a actuar como mi/nuestro agente(s), a dar su consentimiento para la realización de un examen por rayos-x, anestésico, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y/o cuidados hospitalares que sean considerados recomendables por, y que serán realizados bajo la supervisión general o especial de un médico/cirujano licenciado, independientemente de si dicho diagnóstico o tratamiento es realizado en la oficina de dicho médico/cirujano o en un hospital.

Queda entendido que esta autorización es concedida antes de que un diagnóstico o tratamiento específico sea recibido o un servicio hospitalar sea requerido, pero es concedido con el propósito de que nuestro(s) agente(s) arriba mencionado(s) tengan la autoridad y el poder para dar su consentimiento específico para cualquier diagnóstico, tratamiento o cuidados hospitalares que el médico/cirujano arriba mencionado confiando en su mejor criterio, considere recomendable.

Yo/Nosotros autorizo(amos) por el presente el hospital que ha proporcionado tratamiento al menor de edad arriba mencionado a renunciar a la custodia física y entregar dicho menor de edad al agente(s) después de concluir el tratamiento.

Queda entendido que yo/nosotros debo(emos) asumir la responsabilidad legal por los gastos incurridos en virtud del tratamiento médico que quizá no estén cubiertos por mi/nuestro seguro personal, Medicaid, o Medicare.

Nombre del Padre/Tutor Legal Name: (Apellido)			(Primer Nombre)			(Segundo Nombre)		
Teléfono de casa del Padre			Teléfono del trabajo del Padre			Teléfono celular del Padre		
Nombre de la Madre/Tutor Legal: (Apellido)			(Primer Nombre)			(Segundo Nombre)		
Teléfono de casa de la Madre			Teléfono del trabajo de la Madre			Teléfono celular de la Madre		

Yo/Nosotros he(mos) leído y comprendo(emos) la importancia de esta autorización y el hecho de que permanecerá en vigor hasta el final del año escolar actual, del 1° de agosto de 20\_\_ al 31 de julio de 20\_\_.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal:	Fecha
------------------------------------	-------

### Información Relativa al Seguro

Nombre del Asegurado Titular de la Póliza: Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Domicilio Fiscal del Titular de la Póliza: Calle		Ciudad		Estado Código Postal	
Compañía de Seguros:					
Número del Grupo:			Certificado o Póliza No.:		
Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro: _____					