

**Escuelas Publicas de Greenwich  
Programa de Salud Escolar  
Permiso para el tratamiento (Pre K – 8)**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_ **ESCUELA** \_\_\_\_\_  
**GRADO** \_\_\_\_\_ **PADRES** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE PERMISO MÉDICO**

Autorización Para Atención Médica:

En caso de una emergencia médica o enfermedad, por la presente autorizo a las Escuelas Públicas de Greenwich para proporcionar primeros auxilios y / o para solicitar tratamiento médico de emergencia y el transporte a un hospital. Cualquier hospital o personal médico de emergencia están autorizados a proporcionar tratamiento a mi hijo(a) de tal naturaleza que estimen pertinentes y consultar con el médico que está nombrado en el Perfil del Estudiante.

**Firma de Padre o Madre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**\*\*Un niño/a sin historial de una severa reaccion alergica podra recibir epinefrina de un maestro certificado si se sospecha de una reaccion (CT. Act 14-176). Por favor comunicarse directamente con la enfermera si NO desea que su hijo/a este incluido bajo esta ley.**

**Doctor del Estudiante**

Teléfono#: \_\_\_\_\_

**Dentista del Estudiante:**

Teléfono#: \_\_\_\_\_

Hospital Preferido : \_\_\_\_\_

Contactos de Emergencia) [aparte de los padres]: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO MEDICO DE ESTUDIANTE**

Su hijo /a tiene seguro médico?                      Si                      No

Si su hijo(a) no tiene seguro médico, nosotros le proporcionaremos información sobre el Plan HUSKY de Connecticut. Su firma significa que la escuela puede proporcionar información de contacto del Departamento de Servicios Sociales de Connecticut (agencia administradora del Plan HUSKY) o información sobre cómo inscribirse en HUSKY.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha