

**TULSA PUBLIC SCHOOLS**  
**Departamento de Servicios de Salud**

**TRANSPORTE POR AMBULANCIA**  
**INFORMACIÓN MEDICA PARA EMERGENCIA Y**  
**AUTORIZACIÓN PARA PROVEER TRATAMIENTO Y PARA TRANSPORTAR AL EMPLEADO**

SE PIDE ESTA INFORMACIÓN PARA AYUDAR AL PERSONAL DE AMBULANCIA EN PROVEER CUIDADO AL EMPLEADO NOMBRADO. ESTA INFORMACIÓN SERA PROVEIDA SOLAMENTE A INDIVIDUOS QUE PROVEEN CUIDADO MEDICO.

NOMBRE Y APELLIDO DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN/CIUDAD/CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
RELACION: \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE DIA PARA COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

PROTECCIÓN MEDICA (INDIQUE LO APLICABLE):  
(Note: Esto **NO** afecta cuidado medico que se necesita)

NADA \_\_\_\_\_ SEGURO \_\_\_\_\_ MEDICAID/  
PRIVADO \_\_\_\_\_ AYUDA ESTATAL \_\_\_\_\_ EMSA  
TOTAL CARE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLIZA: \_\_\_\_\_  
# DE MEDICAID O DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ # DE CUIDADO TOTAL: \_\_\_\_\_

MEDICO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ HOSPITAL PREFERENCIA: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ NINGUNA CONOCIDA: \_\_\_\_\_

CONDICION MEDICA/HISTORIA MEDICA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MEDICINAS Y LAS DOSIS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARA LA ENFERMERA DE LA ESCUELA/EMPLEADOS DE OFICINA**

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

FAVOR DE ANOTAR EL PROBLEMA PRESENTE O RAZON POR HABER LLAMADO UNA AMBULANCIA. PARA PROBLEMAS MEDICOS, FAVOR DE INDICAR LOS SINTOMAS Y LA HORA QUE EMPEZARON. PARA LESIONES, DESCRIBA LOS SUCESOS ANTES DEL ACCIDENTE, CUALQUIER LESIONES O DAÑOS NOTADOS. SI SEÑALES VITALES ESTA DISPONIBLES, FAVOR DE INCLUIRLOS Y LA HORA QUE FUERON TOMADOS.

GRACIAS!

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

**(VEA UD. EL OTRO LADO DE LA HOJA)**

**INFORMACIÓN MEDICA PARA EMERGENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA DAR  
TRATAMIENTO Y PARA TRANSPORTAR AL EMPLEADO**

**AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO DE EMERGENCIA DEL EMPLEADO**

Yo doy autorización para transporter por servicio de ambulancia, con licencia del Estado de Oklahoma; y autorizo examinación de rayo x, diagnosis anestésica, dental, médica o diagnosis quirúrgica o tratamiento por cualquier medico o dentista con licencia del Estado de Oklahoma y servicio de hospital que puede estar proveído a mí bajo el permiso general, o especifico de unmiembro designado de la facultad o de la enfermera de la escuela, sin importar si taldiagnosis o tratamiento está proveido en la oficina del medico o dentista, o en un hospital licenciado por el Estado de Oklahoma. Además autorizo que dicho medico use su discreción autorizando disposición de tejido o miembro separado.

Está entendido que este permiso está dado de ante mano de cualquier diagnosis especifica o antes de cualquier tratamiento, pero está dado para animar a las personas nombradas arriba y dicho medico o dentista para que usen su mayor juicio en cuanto a los requisitos de tal diagnosis o tratamiento dental o quirúrgico.

Este permiso quedará en efecto hasta \_\_\_\_\_ am/pm del dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, a lo menos que esté renunciado en forma escrita y entretado a dicho medico o dentista o dicha persona encargada con el cuidado y control dce tal hijo menor.

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (No las Personas Identificadas Arriba)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Hay que repasar v renovar esta forma cada año escolar.