

AUTORIZACIÓN PARA LA ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA

Yo, _____, con DNI número _____, en calidad de PADRE/MADRE/TUTOR(A) legal de _____, quien está inscrito(a) en _____ de este centro educativo, por medio de la presente, **otorgo mi autorización expresa y consentimiento para que los/las docentes del CEIP NTRA. SRA. DEL PILAR puedan tomar las decisiones necesarias y acompañar a mi hijo(a) al centro médico más cercano en caso de presentarse una emergencia médica que requiera atención inmediata.**

Entiendo que esta autorización es válida únicamente en situaciones de emergencia, **cuando no sea posible contactarme de manera oportuna.** Asimismo, autorizo a los/las docentes a proporcionar toda la información relevante sobre la salud de mi hijo/a que sea necesaria para la adecuada atención médica.

INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE DEL(A) MENOR:

Alergias: _____

Medicamentos [Especificar medicamentos que normalmente tome]: _____

Enfermedades crónicas o condiciones preexistentes: _____

Otros datos importantes [Especificar cualquier otro dato médico relevante]: _____

Este documento es válido desde su firma y hasta el fin del presente curso escolar, salvo que se revoque por escrito con antelación.

En _____, a ____ de _____ de 20____.

Nombre:

DNI:

Firma: