

WINSTON-SALEM FORSYTH COUNTY SCHOOLS

School *Escuela* _____

PERMISSION TO SECURE MEDICAL CARE *Permiso para obtener Servicios Médicos*

Dear Parent or Guardian: *Estimados padres de familia o encargados:*

It is extremely important that the school have on file current information for emergency use regarding your place of employment, work hours, names and telephone numbers of neighbors, relatives, baby-sitters, and child care providers. Please make an effort to keep this information on your child's record up-to-date. *Es muy importante que la escuela tenga archivada la siguiente información en caso de una emergencia: el lugar de su empleo, su horario de trabajo, los nombres y números de vecinos o parientes. Por favor infórmenos de cualquier cambio de dirección o teléfonos.*

In the event that your child becomes seriously ill or injured while at school, the school will take action as outlined below: *Si su hijo(a) se enferma o sufre un accidente en la escuela, la escuela tomará acción de acuerdo a lo siguiente:*

- 1. Appropriate first aid will be administered immediately when the situation calls for it.** *Se le darán los primeros auxilios si la situación así lo exige.*
- 2. In extreme emergencies, your child will be taken immediately to the hospital emergency room by ambulance or private vehicle and you will be contacted and advised of the situation. In most cases, however, efforts will be made to contact you first and seek your advice concerning the action to be taken by the school.** *En caso de una emergencia muy grave su hijo(a) será llevado al servicio de emergencia del hospital en ambulancia o en carro privado y usted será avisado de la situación. En la mayoría de los casos, sin embargo, la escuela hará esfuerzos de contactar a los padres primero para pedir consejo en cuanto a la acción que se tomará por la escuela.*
- 3. In the event you cannot be located, or in extreme emergencies, school officials will decide whether immediate medical treatment is needed and will act accordingly.** *Si no podemos localizar a los padres o en extrema urgencia, los oficiales de la escuela decidirán si se necesita tratamiento médico inmediato y actuarán como tal.*

In order to assure that proper medical treatment can be obtained under the conditions described in section # 3 above, the school system requests that you complete the form below giving the school permission to obtain medical treatment for your child and certifying that you will accept the financial responsibility for payment of any ambulance, hospital and/or physicians. *Para asegurar que el tratamiento médico apropiado se pueda obtener bajo las condiciones mencionadas en la sección # 3 arriba, el sistema escolar pide que llene el formulario debajo dándole a la escuela permiso para obtener tratamiento médico para su hijo(a) y certificando que usted aceptara la responsabilidad financiera de pago a cualquier ambulancia, hospital y/o médicos.*

I, the undersigned, give permission to the Winston-Salem/Forsyth County School System and my child's school to act in my behalf in my absence or in emergency situations to obtain medical treatment for my child _____ I agree to accept full responsibility for the payment of all ambulance, hospital and physicians' bills and charges for any services rendered.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____ Phone _____

Yo, el que firma, doy permiso al sistema escolar de Winston-Salem/Forsyth County y a la escuela de mi hijo(a), para que puedan actuar en mi lugar en mi ausencia y en caso de emergencia para obtener tratamiento médico para mi hijo(a) _____ Acepto la responsabilidad completa de pagar las cuentas y cargos de todos los servicios de ambulancia, hospital y médicos por cualquier servicio hecho.

Firma del Padre/encargado _____ Fecha _____ Teléfono _____

Medical Insurance (Seguro Médico) _____ Policy Number (número de póliza) _____

Check your preference (marque su preferencia): Baptist Hospital _____ Forsyth Hospital _____

Name of nearest Relative or friend and relationship *(Nombre del Pariente más cercano o amigo y relación con su hijo(a))* _____ **Phone (Teléfono)** _____