



**MONROE COUNTY STUDENT MEDICAL INFORMATION & PERMISSION FORM**

SCHOOL: \_\_\_\_\_ SCHOOL PHONE # \_\_\_\_\_

Policy and procedure in the event a child requires medical treatment while on any school sponsored trip is to contact the parents to advise them of the situation and obtain consent and direction on how to proceed. In the event of an emergency, and should we be unable to reach you, your signature below would grant permission for routine emergency treatment.

**INSURANCE INFORMATION**

Student's Full Name: \_\_\_\_\_

Health insurance Carrier: \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_

*I agree that in the event emergency treatment is provided for my child, I will pay any transportation or medical expenses not covered by my insurance company or if I do not have insurance, I agree to pay all such expenses incurred.*

**IMPORTANT MEDICAL INFORMATION**

Please check all that apply:

\_\_\_\_\_ Heart Disease    \_\_\_\_\_ Diabetes    \_\_\_\_\_ High Blood Pressure    \_\_\_\_\_ Epilepsy  
\_\_\_\_\_ Allergies    \_\_\_\_\_ Other (please list below)    \_\_\_\_\_ Medication/s (please list below)

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

**PARENT/GUARDIAN PHONE NUMBERS**

Father: \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_

Mother: \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_

*I/we grant the school staff the right to order emergency medical treatment for my/our child and I/we understand that any and all financial responsibility of such services rests with me/us. Finally, I/we agree to hold harmless the school staff and school program for all actions taken on behalf of my/our child.*

\_\_\_\_\_  
Parent(s) / Guardian(s) Signatures (s) \_\_\_\_\_  
Date

\*If any program or event requires a student to leave the county, this form and the Consent for Medical Treatment form (MCS-D-ADM002) must be executed.



**INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE DEL CONDADO DE MONROE Y FORMULARIO DE PERMISO**

ESCUELA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE LA ESCUELA# \_\_\_\_\_

La norma y el procedimiento en el caso de que un niño(a) requiera de un tratamiento médico mientras este en algún viaje patrocinado por la escuela, para ponerse en contacto con los padres y para informarles sobre la situación y obtener el consentimiento y las instrucciones de cómo proceder en caso de una emergencia y si no podemos localizarlo, su firma más abajo otorgaría el permiso para un tratamiento rutinario de emergencia.

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Portador de su seguro de salud: \_\_\_\_\_ Número de la poliza # \_\_\_\_\_

*Yo estoy de acuerdo que en caso de un tratamiento de emergencia proporcionado a mi hijo(a), Yo pagaré por cualquier transporte o gastos medicos no cubiertos por mi compañía de seguro o si Yo no tengo el seguro, Yo estoy de acuerdo en pagar tales gastos contraídos.*

**INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE**

Por favor marque el que aplica:

\_\_\_\_\_ Enfermedad del corazón \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Presión alta \_\_\_\_\_ Epilepsia  
\_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Medicamento

Otro: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_

**PARENT/GUARDIAN PHONE NUMBERS**

Padre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

*Yo/nosotros otorgo a el personal de la escuela el derecho a ordenar un tratamiento medico de emergencia para mi/nuestro hijo(a) y Yo/nosotros entiendo que alguna o toda la responsabilidad financiera de tales servicios dependen de mí/nosotros. Finalmente, Yo/nosotros estoy de acuerdo en liberar de responsabilidad a el personal de la escuela y a el programa de la escuela por todas las acciones tomadas a favor de mí/nuestro hijo(a).*

\_\_\_\_\_  
Padre(s) o Guardián(es)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Si algun programa o acontecimiento requieren a un estudiante a salir del condado, esta forma y la forma de consentimiento para el tratamiento médico (MSCD-ADM002) reproducida en la parte de atrás de esta forma se deben de otorgar must be executed.