



Consentimiento Médico

Academia de Liderazgo para Migrantes, SUNY Oneonta 2024

Yo, _____, soy el (la) _____ (padre, madre o tutor) de _____, quien asistirá a la Academia de Liderazgo para Migrantes SUNY Oneonta (SOMLA).

Por este conducto doy mi consentimiento, en caso de que todos los intentos razonables de contactarme en el número _____ (número[s] telefónico[s]) hayan fallado, para que cualquier tratamiento que se haya considerado necesario sea administrado, por el personal médico del Centro de Salud de SUNY Oneonta o del A.O. Fox Memorial Hospital, o en caso de que tal personal no esté disponible, por otro médico o dentista certificado, y así también para el traslado de mi hijo(a) a cualquier otro hospital razonablemente accesible de ser necesario.

Por este conducto doy mi autorización para que el personal médico de la Academia de Liderazgo para Migrantes de SUNY Oneonta (SOMLA) o del A.O. Fox Memorial Hospital pueda ejercer por mí y de mi parte, todos mis derechos y obligaciones en lo que se refiere a consentir o permitir el tratamiento médico, psiquiátrico y quirúrgico apropiados, el uso de anestésicos, medicinas, y la hospitalización, incluyendo el cuidado y tratamiento proporcionado por la sección de Servicios de Salud para el Estudiante y A.O. Fox Memorial Hospital, o la utilización de un cirujano, médico o radiólogo de su personal que se juzgue necesario para la atención de emergencia de mi hijo/hija/tutelado.

Con la intención de obligarme legalmente, por la presente formalizo este consentimiento:

Firma del Padre de Familia/Tutor

Fecha

EL SEGURO DE LESIONES Y ENFERMEDAD DEL ESTUDIANTE ES OBLIGATORIO. Favor de proporcionar la información acerca del seguro.

.....

El estudiante arriba mencionado está cubierto por seguro:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Número telefónico: _____

Tipo de cobertura (ej. gastos médicos mayores, hospitalización, etc.):

Número de póliza o de cuenta: _____