# Colegio San Juan Apóstol y Evangelista

**AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS MÉDICOS,**
**EN CASOS DE EMERGENCIAS MAYORES**
**ESTUDIANTES NUEVO INGRESO Y REMATRICULADOS**
**AÑO ESCOLAR 2027-2028**

Estudiante: _____ Grado a cursar: _____

Yo, _____, padre o tutor de _____

□ **SÍ AUTORIZO**, □ **NO AUTORIZO,** a la Enfermera Escolar, del Colegio San Juan Apóstol a examinar, evaluar y ofrecer la primera ayuda a mi hijo(a) en caso de que sea necesario, según establece el Reglamento Escolar.

En caso de una emergencia mayor, que requiera la movilización de mi hijo(a), la Enfermera Escolar y/o el Personal del Colegio queda plenamente autorizado a trasladar a mi hijo(a) a la Oficina del Médico u Hospital más cercano a discreción de la institución; utilizando los medios disponibles tales como: Emergencias Médicas 9-1-1, Ambulancias Privadas, Auto privado, entre otros.

Relevo al personal que traslada y/o al Colegio San Juan Apóstol de cualquier accidente y/o situación que pudiera ocurrir como consecuencia de esta Emergencia.

**Autorización al Personal del Hospital y/o Médico Privado**

□ **SÍ AUTORIZO,** □ **NO AUTORIZO**, al Médico privado y/o Hospital que acepte ofrecer servicios al niño(a) para administrar cualquier tratamiento que sea necesario para asegurar el bienestar de mi hijo(a). Este permiso de tratamiento es vigente aún cuando, no podamos estar presentes.

Entiendo que el Seguro Escolar cubre accidentes ocurridos dentro del plantel escolar y/o en actividades supervisadas por la institución y que dicho plan es uno limitado.

Estoy de acuerdo en que seré responsable por los gastos médicos incurridos para el bienestar de mi hijo(a).

***INFORMACIÓN DEL PLAN MÉDICO***
Posee Plan Médico: ___sí ___no
Nombre del plan: _____

**Esta Autorización para Servicios Médicos en Casos de Emergencias Mayores estará vigente hasta que el mismo sea revocado.**

_____ _____
Nombre del padre y/o encargado Firma del padre y/o encargado

_____
Fecha