



Indiana Conference of Seventh-day Adventists®
Continuing Consent to Treatment

Nosotros, como padres de _____, por este medio, damos autorización y consentimiento a **Riverview Adventist Christian Academy** y sus representantes para garantizar cualquier diagnóstico médico o operación o tratamiento y/o otros procedimientos médicos que pueden ser requeridos por dicho menor de edad en caso de accidente o por otra razón que puede requerir tratamiento médico, discreción de **Riverview Adventist Christian Academy** y sus representantes.

La escuela puede llamar a cualquier médico o dentista con licencia, y dicho diagnóstico o el tratamiento puede ser rendido en dicho médico / consultorio de dentista o un hospital con licencia o cualquier otro lugar y el abajo firmante se compromete a pagar el costo de este tipo de atención y libra de culpa a **Riverview Adventist Christian Academy** por todos los gastos de tales servicios y por cualquier otra responsabilidad en la adquisición de dicho servicio. El que suscribe pide que si es posible el siguiente médico/dentista contactarse con el fin de representar dicho diagnóstico o tratamiento:

_____, M.D. _____, D.D.S.
Doctor Dentista

Se entiende que esta autorización se da antes de cualquier diagnóstico específico o tratamiento que puede ser obligatorio. Este consentimiento se mantendrá en efecto continuo hasta revocada por escrito y dicha revocación entregado a **Riverview Adventist Christian Academy**.

Cualquier médico u hospital que no tiene acceso a la historia clínica del menor es necesario la siguiente información:

Alergias: _____
Medicamentos actuales: _____
Fecha de la última vacuna de
tétanos: _____
Impedimentos físicos: _____

El nombre anterior de menor esta _____ o no esta _____ cubierto por el seguro de salud.
Health Insurance Company: _____
Número de póliza: _____
A continuación, debe ser atestiguada:

Firma _____ *Título (Madre, Padre)*

Nombre escrito _____ *Fecha*

Signature of Witness _____ *Printed Name* _____ *Date*