

Emergency Medical Treatment Authorization Autorización para tratamiento médico de emergencia

Permiso para tratamiento médico en ausencia de los padres.

Nombre completo del menor _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre al cual responde el niño/la niña: _____

Yo, _____ padre, madre o tutor del/de la menor nombrado/a anteriormente, doy mi autorización a _____, prestador/a de hogar de cuidado infantil, con el fin de garantizar y autorizar la atención y el tratamiento médico de emergencia que mi hijo/a requiera mientras se encuentre bajo la supervisión del prestador/a. Además, autorizo al prestador/a a administrar atención o tratamiento de emergencia según sea necesario, hasta que llegue el servicio médico de emergencia. También acepto pagar todos los costos y honorarios eventuales suscitados por la atención y el tratamiento médico de mi hijo/a según se garantiza y autoriza por medio del presente consentimiento.

NOTA: Se intentará por todos los medios posibles avisarles a los padres inmediatamente en el caso de una emergencia. En caso de emergencia, será necesario contar con los siguientes datos:

Nombre de los padres o tutor legal: _____

Domicilio: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono laboral: _____

Nombre de los padres o tutor legal: _____

Domicilio: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono laboral: _____

Médico: _____

Domicilio del médico: _____

Teléfono del médico: _____

Hospital preferido a contactar: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Personas con quienes comunicarse en caso de emergencia si los padres no están disponibles:

<u>Nombre</u>	<u>Teléfono residencial</u>	<u>Teléfono laboral</u>	<u>Parentesco</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Medicación actual: _____

Alergias conocidas: _____

Fecha de la última dosis de antitetánica: _____ Preferencia religiosa: _____

Seguro: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Firma de la madre: _____ Fecha: _____