Autorización para Tratamiento de Emergencia

Información del niño

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Alergias del niño (si las tiene): _____

Médico del niño: _____ Número telefónico _____

Médico de la familia: _____ Número telefónico _____

Medicinas que el niño este tomando: _____

Ultima vacuna contra el tétanos: _____

Remarcable historial médico (ejemplo: diabetes, enfermedad del corazón, etc.):

Información del Seguro Médico

Compañía de Seguro: _____

Identificación/número de póliza: _____

Nombre del asegurado: _____

Lugar de empleo del asegurado y número telefónico: _____

Yo, _____, doy permiso para _____
(Nombre del Padre) (Nombre del Proveedor)

que mi niño obtenga atención médica profesional en caso de que ocurriera una emergencia y no se me pudiera localizar inmediatamente. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera por el costo de toda atención médica requerida.

Fecha

Firma del Padre o Apoderado

Todos los padres y apoderados son responsables por mantener este formulario de consentimiento ya que el hospital no puede mantenerlo.