

Información de alerta médica (p.ej. alergias, necesidades/condiciones médicas y/o especiales): _____

Indique cualquier información adicional que usted considere que sería beneficioso al proveedor de cuidado conocer sobre su niño(a):

Médico preferido: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Hospital preferido: _____

NOTA: El expediente de chequeo médico y de inmunizaciones debe acompañar al niño(a).

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA (QUE NO SEAN LOS PADRES):

1. _____
NOMBRE RELACIÓN/PARENTESCO TELÉFONO
2. _____
NOMBRE RELACIÓN/PARENTESCO TELÉFONO

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Si mi niño(a), _____, se enfermara o recibiera alguna herida en
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A)

_____, entiendo que el proveedor de cuidado del niño:
INSTALACIÓN/PROVEEDOR DE CUIDADO

(1) Me contactará inmediatamente, y (2) contactará a la persona(s) que he designado en caso de que yo no pueda ser localizado.

Si el proveedor de cuidado no puede localizarme a mí y/o a la persona designada, le autorizo a contactar al médico de mi niño(a) y/o procurar tratamiento médico inmediato.

El médico y/o la instalación médica están autorizados a administrar el tratamiento médico de emergencia necesario para asegurar la salud y seguridad de mi niño(a).

Yo aceptaré la responsabilidad por el pago de los servicios médicos provistos.

FIRMA RELACIÓN/PARENTESCO FECHA

(OPCIONAL)

Jurado y firmado ante mí en este día ____ de _____ de 20__.

Notario Público, Estado de Florida – Con amplios poderes

Mi comisión expira el: _____

A quien conozco personalmente

Quien me ha presentado una identificación