

# CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

## Centros de cuidado infantil para hogares de cuidado infantil familiar

---

COMO PADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, AQUÍ DOY CONSENTIMIENTO PARA

\_\_\_\_\_ PARA OBTENER TODA LA ATENCIÓN MÉDICA O DENTAL

NOMBRE DE LA INSTALACIÓN

DE EMERGENCIA PRESCRITO POR UN MÉDICO LICENCIADO POR DULY (M.D.) OSTEOPATH (D.O.)

O EL DENTISTA (D.D.S.) PARA \_\_\_\_\_ . ESTE CUIDADO PUEDE SER

NOMBRE

DADO BAJO CUALES SON LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBRO

O EL BIENESTAR DEL NIÑO NOMBRADO ANTERIOR.

---

EL NIÑO TIENE LAS SIGUIENTES ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

---

FECHA

---

FIRMA DEL PADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

---

DIRECCION DE CASA

---

NUMERO DE TELEPHONO(S)

\_( ) ( )

---