



AUTORIZACIÓN PARA EMERGENCIA MÉDICA

Por favor, use letra de molde

Nombre completo del niño(a): _____ Fecha nacimiento: _____

Alergias: _____

Medicamentos que toma regularmente: _____

Nombre del padre/madre a cargo de la custodia o encargado(s) legal: _____

Dirección: _____
Número, calle, apartamento Ciudad Estado Código postal

Teléfono casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Teléfono casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Nombre del medico de la familia/recurso de cuidado de salud: _____

Dirección: _____
Número, calle, apartamento Ciudad Estado Código postal

Teléfono () _____

Hospital de preferencia: _____
Nombre Ciudad

Compañía de seguro médico: _____

Póliza # _____ Fecha expiración: _____

Contacto de emergencia: (si el padre/madre a cargo de la custodia/encargado legal no puede ser localizado) _____

Dirección: _____
Número, calle, apartamento Ciudad Estado Código postal

Teléfono casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Firme en presencia de un Notario

Por este medio autorizo a que se administre a mi niño(a) _____
(Nombre completo del niño(a))
el tratamiento necesario por cualquier instalación y personal médico en caso de que se presente una emergencia y yo no pueda ser localizado(a). Doy mi consentimiento para que se le transporte en ambulancia si la situación lo requiere.

Firma del padre/madre a cargo de la custodia/encargado(s) legal (Declarante)

STATE OF FLORIDA COUNTY OF _____

The foregoing instrument was acknowledged before me on _____ 20____
(Month) (Day) (Year)

by _____, who is personally known to me or who has
(Name of Affiant)

produced _____ as identification. SEAL OF NOTARY
(Type of Identification)

Signed: _____
(Signature of Notary)