



7200 Columbia Pike
Annandale, VA 22003
Website: accacdc.org

Phone: 703-256-0100
Fax: 703-914-4834
Email: info@accacdc.org

AUTORIZACION PARA CUIDADO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____ NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____ MES/DÍA/AÑO _____

SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ MES/DÍA/AÑO _____ GUARDIAN LEGAL DEL NIÑO /A: _____

ALERGIAS/PROBLEMAS DE SALUD: _____ PLAN DE ACCION EN CASO DE ALERGIA/SALUD INCLUIDO SI NO

DIRECCION DEL NIÑO/A: _____ CALLE _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____

DOCTOR DEL NIÑO/A: _____ TELEFONO: _____

DIRECCION: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ # DOMICILIO: _____ # CELULAR: _____

EMAIL: _____

DIRECCION (SI ES DIFERENTE DE LA DEL NIÑO/A): _____ CALLE _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____

EMPLEADOR: _____ OCUPACION: _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____ # DE TELEFONO: _____

NOMBRE DEL PADRE : _____ # DOMICILIO: _____ # CELULAR: _____

EMAIL: _____

DIRECCION: _____ (SI ES DIFERENTE DE LA DEL NIÑO/A) CALLE _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____

EMPLEADOR: _____ OCUPACION: _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____ # DE TELEFONO: _____

INFORMACION SOBRE CONTACTOS DE EMERGENCIA:

NOMBRE	RELACION CON EL NIÑO	NUMERO DE TELEFONO	AUTORIZACION PARA RECOGER AL NIÑO(A)
1. _____	_____	_____	
DIRECCION	_____ CALLE _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. _____	_____	_____	
DIRECCION	_____ CALLE _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. _____	_____	_____	
DIRECCION	_____ CALLE _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

NOTA: SE DEBE INCLUIR LA DOCUMENTACION NECESARIA SOBRE CUSTODIA DEL NIÑO SI ES QUE UNO DE LOS PADRES NO ESTA AUTORIZADO RECOGER AL NIÑO. LA SECCION 22.1-4.3 DEL CODIGO DE VIRGINIA ESTABLECE QUE A NO SER QUE UNA ORDER DE LA CORTE HAYA SIDO OTORGADA, EL PADRE/MADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA DEL NIÑO DEBE SER INCLUIDO COMO CONTACTO DE EMERGENCIA Y PUEDE PARTICIPAR EN EVENTOS Y ACTIVIDADES DEL CENTRO SI ES QUE EL/ELLA ASI LO PIDE

DOCUMENTACION DE CUSTODIA RECIBIDA NO SI FECHA ____/____/____ INICIALES DEL PERSONAL DE ACCA CDC _____

EL CENTRO SE COMPROMETE A NOTIFICAR A LOS PADRES/EL GUARDIAN CUANDO EL NIÑO/A SE ENFERMA O EN CASO DE EMERGENCIA MEDICA, Y LOS PADRES SE COMPROMETEN A RECOGER AL NIÑO/A TAN PRONTO LES SEA POSIBLE EN NO MAS DE 2 HORAS Y/O COMO INSTRUYE LA ADMINISTRACION DEL CENTRO.

EL CENTRO TIENE PERMISO DE LLAMAR AL DOCTOR DE MI NIÑO EN CASO DE EMERGENCIA MEDICA. CUANDO YO NO PUEDA SER CONTACTADO/A, EL CENTRO TIENE MI AUTORIZACION PARA LLAMAR A OTRO DOCTOR Y/O LLEVAR A MI HIJO/A AL CENTRO DE ATENCION DE EMERGENCIAS MAS CERCANO PARA SER EVALUADO/A Y PARA RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO, BAJO MI CUENTA Y PAGO.

FIRMA DEL PADRE/GUADIAN: _____ FECHA: _____



7200 Columbia Pike
Annandale, VA 22003
Website: accacdc.org

Phone: 703-256-0100
Fax: 703-914-4834
Email: info@accacdc.org

**PERMISSION FOR
EMERGENCY CARE**

CHILD'S NAME: _____ ENROLLMENT DATE: _____
FIRST NAME LAST NAME MM/DD/YEAR

SEX: _____ BIRTH DATE: _____ CHILD'S LEGAL GUARDIAN: _____
MM/DD/YEAR

ALLERGIES/HEALTH CONCERNS: _____ PLAN OF ACTION IN CASE OF ALLERGIES/HEALTH CONCERNS INCLUDED: YES NO
MM/DD/YEAR

CHILD'S ADDRESS: _____
STREET APT. NO. CITY ZIP CODE

CHILD'S DOCTOR: _____ PHONE: _____

ADDRESS: _____

MOTHER'S NAME: _____ HOME #: _____ CELL #: _____

E-MAIL: _____

ADDRESS: _____
(IF DIFFERENT THAN CHILD'S ADDRESS) STREET APT. NO. CITY ZIP CODE

EMPLOYER : _____ OCCUPATION: _____

EMPLOYER'S ADDRESS: _____ PHONE #: _____

FATHER'S NAME: _____ HOME #: _____ CELL #: _____

E-MAIL: _____

ADDRESS: _____
(IF DIFFERENT THAN CHILD'S ADDRESS) STREET APT. NO. CITY ZIP CODE

EMPLOYER : _____ OCCUPATION: _____

EMPLOYER'S ADDRESS: _____ PHONE #: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION:

NAME	RELATIONSHIP WITH CHILD	PHONE #	AUTHORIZED TO PICK-UP CHILD/REN
1. _____	_____	_____	
ADDRESS _____ <small>STREET APT. NO. CITY ZIP CODE</small>			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
2. _____	_____	_____	
ADDRESS _____ <small>STREET APT. NO. CITY ZIP CODE</small>			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
3. _____	_____	_____	
ADDRESS _____ <small>STREET APT. NO. CITY ZIP CODE</small>			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

NOTE: MUST INCLUDE THE NECESSARY DOCUMENTATION ON CHILD CUSTODY IF A PARENT IS NOT AUTHORIZED TO PICK-UP THE CHILD. SECTION 22.1-4.3 VIRGINIA CODE PROVIDES THAT UNLESS A COURT ORDER HAS BEEN ISSUED TO THE CONTRARY, THE NONCUSTODIAL PARENT OF A STUDENT ENROLLED IN A DAY CARE CENTER SHALL NOT BE DENIED THE OPPORTUNITY TO PARTICIPATE IN ANY OF THE STUDENT'S DAY CARE ACTIVITIES IN WHICH SUCH PARTICIPATION IS SUPPORTED OR ENCOURAGED BY THE POLICIES OF THE DAY CARE CENTER SOLELY ON THE BASIS OF SUCH NONCUSTODIAL STATUS AND SHALL BE INCLUDED, UPON THE REQUEST OF SUCH NONCUSTODIAL PARENT, AS AN EMERGENCY CONTACT FOR THE STUDENT'S SCHOOL OR DAY CARE ACTIVITIES.

CUSTODY DOCUMENTATION RECEIVED NO YES DATE _____ / _____ / _____ INITIAL STAFF ACCA CDC _____

THE CENTER AGREES TO NOTIFY THE PARENTS/GUARDIAN WHEN CHILD BECOMES ILL OR IN CASE OF A MEDICAL EMERGENCY, AND THE PARENTS/GUARDIAN AGREE TO PICK-UP CHILD AS SOON AS POSSIBLE AND WITHIN THE NEXT 2 HOURS AS DIRECTED BY THE CENTER MANAGEMENT.

THE CENTER HAS PERMISSION TO CALL MY FAMILY DOCTOR DURING A MEDICAL EMERGENCY. WHEN I CAN NOT BE CONTACTED. WHEN I OR MY DOCTOR CANNOT BE CONTACTED, THE CENTER HAS MY AUTHORIZATION TO CALL ANOTHER DOCTOR AND / OR TAKE MY CHILD / TO THE NEAREST EMERGENCY CARE FOR EVALUATION AND TREATMENT, AT MY OWN EXPENSE.

SIGNATURE OF PARENT / GUARDIAN: _____ DATE: _____