



AUTORIZACION PARA CUIDADOS DE EMERGENCIA

(Spanish Translation of: Release for Emergency Care)

Este formulario debe contener solamente el nombre de un niño,

su original debe ser notariado, y debe actualizarse anualmente.

Por este medio doy autorización para que cualquier instalación o médico de emergencia administre el tratamiento necesario a mi hijo

_____, en caso de emergencia y en un momento en que yo no esté
(Nombre del niño)

localizable. Doy mi consentimiento para que sea trasladado en ambulancia si la situación así lo requiere.

Nombre del médico de la familia/institución de salud _____

Dirección (número, calle, apartamento) / Ciudad / Código postal / Teléfono _____

Alergias: _____

Fecha de última DPT o Tétanos: _____

Compañía de seguro que cubre al niño: _____

Póliza número: _____ Fecha de expiración: _____

Firma del padre/madre a cargo de la custodia/encargado legal

Fecha

Números de teléfonos (casa) _____ (trabajo) _____

Contacto de emergencia: _____
Nombre Código área, número de teléfono

Dirección (número, calle, apartamento)

Ciudad

Código área, número de teléfono

ESTADO DE FLORIDA

CONDADO DE _____

El instrumento que antecede fue completado en mi presencia, en este día ____ de _____
(mes) (año)

por _____, a quien conozco personalmente, o quien me

ha presentado _____ como identificación, y a quien tomé (no tomé) juramento.
(tipo de identificación)

Firmado: _____
Firma de la persona que toma conocimiento

(SELLO)

Nombre – escrito a máquina, en letra de molde o impreso

Título o rango

Número de serie (si alguno)