



# AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Por favor use letra de molde

Nombre completo del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma regularmente: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre con custodia o tutor legal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Número, calle, apartamento Ciudad Estado Código postal*

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del médico de la familia/recurso de atención médica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Número, calle, apartamento Ciudad Estado Código postal*

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_  
*Nombre Ciudad*

Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_ Fecha de 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 que se le 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 puedo 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)*