



AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL CARE

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

If I cannot be reached to make arrangements for emergency medical care for my child at the time of an illness or accident, I give my permission for:

Si en caso de alguna enfermedad o accidente no me pueden localizar para arreglar atención médica de emergencia para mi niño, doy permiso para que:

--

Name of Day Care Facility Owner or Director
Nombre del Dueño o Director del centro de Cuidado de Niños

TO TAKE MY CHILD (OR CHILDREN):

A QUE LLEVE A MI NIÑO (O NIÑOS):

Name of Child (1) / Nombre del Niño (1)	Name of Child (2) / Nombre del Niño (2)
Name of Child (3) / Nombre del Niño (3)	Name of Child (4) / Nombre del Niño (4)

TO:

A:

Name of Doctor / Nombre del Doctor:	Telephone No. / Teléfono:
Address of Doctor / Dirección del Doctor:	

OR TO:

O A:

Name of Hospital or Clinic / Nombre del Hospital o Clínica:	Telephone No. / Teléfono:
Address of Hospital or Clinic / Dirección del Hospital o Clínica:	

I give consent for necessary emergency treatment when my child is in the care of this physician or hospital or clinic.

Doy mi consentimiento para el tratamiento médico necesario estando mi niño bajo la atención de este doctor u hospital o clínica.

Signature-Parent or Legal Guardian / Firma Padre o Tutor

Date / Fecha

www.niteowlchildcare.com

Oakridge Plaza 11220 Perrin Beitel Ste.114 San Antonio TX 78217 Phones (210) 5991095 (210) 5991663 Fax (210) 5991068