

**AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL CARE**  
**AUTORIZACION PARA ATENCION MEDICA 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:

|  |
|--|
| <b>Name of Day Care Facility Owner or Director</b><br>Nombre del Dueño o Director del Centro de Cuidado de Niños |
|--|

**to take my child (or children):**

a que lleve a mi niño (o mis niños):

|  |  |
|--|--|
| <b>Name of Child (1)/Nombre del Niño (1)</b> | <b>Name of Child (2)/Nombre del Niño (2)</b> |
| <b>Name of Child (3)/Nombre del Niño (3)</b> | <b>Name of Child (4)/Nombre del Niño (4)</b> |

**to:**

**a:**

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| <b>Name of Doctor/Nombre del Doctor</b>       | <b>Telephone No./Teléfono</b> |
| <b>Address of Doctor/Dirección del Doctor</b> |                               |

**or to:**

**o a:**

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| <b>Name of Hospital or Clinic/Nombre del Hospital o Clínica</b>       | <b>Telephone No./Teléfono</b> |
| <b>Address of Hospital or Clinic/Dirección del Hospital o Clínica</b> |                               |

**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**