

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 pueden localizar para arreglar atención médica 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 SILVER STAR ACADEMY VIVIANA ESCAMILLA

to take my child (or children):

a que lleve a mi niño (o mis 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