



Permiso en caso de emergencia:
Autorización para atención médica de un menor

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

En caso de que su hijo/a tenga una emergencia, el personal de ARVAC Head Start and Early Head Start. hará todo lo posible por contactarse con Ud. Pero si las circunstancias no lo permiten es posible que tengamos que actuar inmediatamente para proteger a su hijo/a. **Necesitamos su autorización para esto. Por favor escriba sus iniciales en la columna de la derecha, al lado de cada casilla y firme abajo.**

1. Autorizo a ARVAC Head Start and Early Head Start. a tomar medidas de emergencia (ej. primeros auxilios, evacuación por desastres) como se juzgue necesario para la ayuda y protección de mi hijo/a mientras se halle bajo la supervisión del centro. Iniciales: _____

2. Autorizo radiografías, exámenes médicos, anestesia, y/o tratamiento o atención médica, quirúrgica o dental, bajo la supervisión de un médico, dentista o cirujano cuando la necesidad sea inmediata y no se me pueda localizar. Iniciales: _____

3. En caso de emergencia médica, autorizo que transporten a mi hijo/a a una instalación médica adecuada para su tratamiento si los servicios locales de emergencia (policía, equipo de rescate, ambulancia) lo consideran necesario. Entiendo que como padre/madre/tutor seré responsable por los gastos de transporte. Iniciales: _____

4. En caso de que el centro deba ser evacuado, autorizo que transporten a mi hijo/a a otro sitio cercano. Entiendo que se me informará por teléfono apenas sea posible. Iniciales: _____

5. Entiendo que en algunas situaciones médicas el personal necesitará contactar los servicios locales de emergencia antes que a los padres, al médico del niño/ y/o otros adultos que representen al padre/madre. Iniciales: _____

Este formulario debe ser firmado por el padre/madre o tutor legal.

Firma _____ **Fecha** _____

Escribir nombre en letra de imprenta _____

Relación con el niño/a _____

Para completar por el personal de ARVAC Head Start and Early Head Start Staff:

Physician Name: _____ Dentist Name: _____ Phone Number: _____

Allergies: _____ Phone Number: _____

Medical condition(s) that could be relevant in an emergency: _____

Signature of Staff: _____ Date: _____