CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA-Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR E	STE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE
OBTENGA TODO	EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE
UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBI	DAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA
SE PUEDE PROV	EER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA
NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERP	O, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.
EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:	
FECHA	FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO
DOMICILIO	
NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA ()	NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO ()
LIC 627 (SP) (9/08) (CONFIDENTIAL)	