

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA- Establecimientos residenciales para niños

COMO PADRE/MADRE, PAREJA DOMÉSTICA, O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO

PARA QUE _____ PROPORCIONE TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

EMERGENCIA QUE UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

_____, SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE, PAREJA DOMÉSTICA, O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA

()

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO

()