

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:

Name of Day Care Facility Owner or Director Nombre del Dueño o Director del Centro de Cuidado de Niños Tennison Learning Center, Director Julie Campbell

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