CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA-
Establecimiento Residencial para Niños

COMO EL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO DOY CONSENTIMIENTO A

_____ PARA QUE PROPORCIONE TODO CUIDADO MEDICO O
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

DENTAL DE EMERGENCIA RECETADO POR UN MEDICO (M.D.), OSTEOPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.)

DEBIDAMENTE CERTIFICADO PARA _____ ESTE CUIDADO SE PUEDE DAR BAJO
NOMBRE DEL NINO

QUALQUIER CONDICION QUE SEA NECESARIA PARA PROTEGER LA VIDA O MANTENER EL BIENESTAR DEL

NINO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NINO TIENE ALERGIA A LAS SIGUIENTES MEDICINAS:

FECHA

PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

TELEFONO DE CASA	TELEFONO DE TRABAJO
( )	( )

LIC 627B (SP) (4/00) (CONFIDENTIAL)

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA-
Establecimiento Residencial para Niños

COMO EL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO DOY CONSENTIMIENTO A

_____ PARA QUE PROPORCIONE TODO CUIDADO MEDICO O
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

DENTAL DE EMERGENCIA RECETADO POR UN MEDICO (M.D.), OSTEOPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.)

DEBIDAMENTE CERTIFICADO PARA _____ ESTE CUIDADO SE PUEDE DAR BAJO
NOMBRE DEL NINO

QUALQUIER CONDICION QUE SEA NECESARIA PARA PROTEGER LA VIDA O MANTENER EL BIENESTAR DEL

NINO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NINO TIENE ALERGIA A LAS SIGUIENTES MEDICINAS:

FECHA

PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

TELEFONO DE CASA	TELEFONO DE TRABAJO
( )	( )

LIC 627B (SP) (4/00) (CONFIDENTIAL)