

# CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA- Establecimientos residenciales para niños

---

---

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

\_\_\_\_\_ PROPORCIONE TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA  
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

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 O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA

( )

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO

( )