

Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas

Oficina de Salud Familiar
1000 SW Jackson, Suite 200
Topeka, KS 66612-1274
Programa de Guarderías: 785-296-1270 Fax: 785-559-4244
Página Web: www.kdheks.gov/kidsnet



AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA

Para tratamiento médico de emergencia se debe contar con un permiso por escrito archivado en la guardería. Consulte con el servicio médico de emergencia local para asegurarse de que este formulario sea aceptable. Referencia Reglamento de Guarderías K.A.R. 28-4-127(b)(1)(A). Referencia Reglamento de Guarderías para Programas de Edad Escolar K.A.R. 28-4-582(e)(2).

Nombre exacto de la guardería, tal como figura en la licencia. ✓ Centro Preescolar Tiger Tots de FHSU	Licencia # 000-631
--	-----------------------

Autorizo a Sara Stroup o empleado del Centro Preescolar Tiger Tots de FHSU proveedor de cuidados/miembro del personal), que es/ son representante(s) de la guardería mencionada en la parte superior para dar consentimiento a todo y cualquier cuidado médico de emergencia que sea necesario para mi niño o joven _____ (nombre y apellido del niño) mientras el niño o joven se encuentre en custodia de la guardería, entre _____ y _____ mes/día/año mes/día/año

¿Tiene el niño cobertura de seguro de salud? Sí No

Si lo tiene, llene lo siguiente:

Nombre de la póliza de seguro de salud _____ Número de la póliza _____
Programa de asistencia médica _____ Número de tarjeta _____
Número de identificación de tarjeta médica militar _____

Si lo sabe, fecha de la última vacuna contra el Tétanos: _____ mes/día/año

Enumere todas las alergias conocidas u otra información acerca de las condiciones médicas de este niño o joven, que sean pertinentes en caso de emergencia:

Firma del padre o tutor	Fecha de la firma
-------------------------	-------------------

Testigo de la firma del padre o tutor, si así lo requiere el hospital o la clínica local.	Fecha de la firma
---	-------------------

Notarización de la firma del padre o tutor, si así lo requiere el hospital o la clínica local.

<u>Estado de Kansas</u>	
Condado de _____	
Firmado en mi presencia en esta fecha _____	por _____
(Sello, si lo hubiera)	mes/día/año Nombre de la persona

Firma del notario público	

Título (y rango)	
Mi designación termina en: _____	