

INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MANEJO DE EMERGENCIAS EN CENTRO/HOGAR DE CUIDO

Nombre del Centro/Hogar de Cuido: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Nombre y apellidos del niño(a): _____

Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____

Nombre y apellidos del padre, madre o encargado: _____

Teléfono _____ celular/trabajo _____

Nombre y apellidos del padre, madre o encargado: _____

Teléfono _____ celular/trabajo _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA (a los cuales se pueden llamar en caso de no localizar a los padres)

Contacto # 1: _____

Nombre y apellidos

- Relación con el niño(a): _____
- Teléfono _____ celular/trabajo _____

Contacto # 2: _____

- Relación con el niño(a): _____
- Teléfono _____ celular/trabajo _____

CUIDADOS MÉDICOS PREFERIDOS POR LA FAMILIA

Nombre del Pediatra que atiende al niño(a): _____

- Dirección: _____
- Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MANEJO DE EMERGENCIAS MÉDICAS
CENTRO/HOGAR DE CUIDO
Página 2

PLAN MÉDICO DEL NIÑO(A): _____

Numero de Contrato _____

Nombre de persona que tiene el plan/seguro médico: _____

CONDICIONES ESPECIALES, ALERGIAS E INFORMACIÓN MEDICA EN CASO DE EMERGENCIA

CONSENTIMIENTO DE PADRE/MADRE O ENCARGADO
Y ACUERDOS PARA MANEJO DE EMERGENCIAS

Autorizo que mi hijo(a) que reciba los primeros auxilios por parte del personal del centro/hogar licenciado/hogar exento no familiar en caso de que surja una emergencia médica y que, de ser necesario, este sea transportado para recibir cuidado de emergencia. Me responsabilizo por todos los cargos no cubiertos por mi plan/seguro médico. Doy consentimiento para que las personas contactos (según el orden de prioridad establecido en este documento) actúen mientras yo puedo llegar. Estoy de acuerdo en revisar y actualizar esta información cuando surjan cambios o por lo menos cada seis meses.

Nombre del padre, madre o encargado:

Firma:

Fecha:

Nombre del padre, madre o encargado:

Firma:

Fecha:
