



Emergency Consent and Medical Information Release

Permiso Para Divulgar Información de Emergencia y Medico

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:	Sexo:
Su dirección:	Nombre de escuela:	
Número de seguro social (del niño):	Nombre de su maestra:	

Durante el tiempo que mi niño esté bajo el cuidado del programa de Head Start, doy permiso que los empleados de Head Start arreglen que mi niño tenga tratamiento de emergencia si es que no se puedan ponerse en contacto conmigo. Les doy permiso a los empleados de Head Start que autoricen al Departamento de Emergencia que le den a mi hijo anestesia y/o drogas que sean necesarias para el bienestar de mi hijo. Además, doy permiso al personal de Head Start que puedan divulgar información de mi hijo acerca de su salud física o dental a personal de Head Start.

Nosotros, los padres/guardianes de este niño reconocemos que es nuestra responsabilidad de asegurar que esta forma tenga la más reciente información acerca de la salud de mi niño y los nombres y números de teléfono de emergencia. Aseguramos decirles a los empleados de Head Start cuando haya cambio de médico y su número de teléfono o los nombres y números de teléfono de la gente a quien se le puede llamar en caso de emergencia.

Nombres de las medicinas que toma mi hijo: _____

Alergias que tiene mi hijo: _____

Enfermedades crónicas: _____

El nombre de su doctor: _____

El nombre de su dentista: _____

Firma de mamá o papá/guardián Fecha: _____ Número de teléfono de casa/trabajo _____ / _____