



DISTRICT OF COLUMBIA
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

EDUCATION

DIVISIÓN DE APRENDIZAJE TEMPRANO *Unidad de licencias y cumplimiento*

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO INFANTIL DE EMERGENCIA **(Actualización anual)**

Si mi hijo _____, nacido el ____/____/____, se enferma o sufre un accidente y no es posible comunicarse conmigo, autorizo que el siguiente hospital o médico le administre el tratamiento de emergencia necesario:

Hospital: _____

Dirección: _____

o:

Médico: _____ M.D. N.º de teléfono: _____
(Código de área)

Dirección: _____

Autorizo a _____, ubicado en
Nombre del cuidador o de la instalación
_____, para que lleve a mi hijo al médico.

Assumo la responsabilidad ante cualquier coste necesario que pueda suponer el tratamiento médico de mi hijo, que no tenga cobertura en los siguientes casos:

Compañía de seguros médicos: _____

Titular de la póliza: _____ Relación con el menor: _____

Número de póliza: _____ Cobertura: _____

Número de Medicaid: _____ Estado: DC MD VA

Alergias conocidas o afecciones físicas del menor: _____

Firma de padre/madre/tutor: _____ Relación con el menor: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____
Hogar Comercial Teléfono celular

Fecha: _____ Fecha de actualización: _____
Mes/día/año Mes/día/año

Coloque este documento entre los papeles del menor.