

If I cannot be reached to make arrangements for emergency medical care for my child at the time of an illness or accident, I give my permission for:

Si en caso de alguna enfermedad o accidente no me pueden localizar para arreglar atención médica de emergencia para mi niño, doy permiso para que:

<b>Name of Day Care Facility Owner or Director</b> Nombre del Dueño o Director del Centro de Cuidado de Niños
--

**to take my child (or children):**

a que lleve a mi niño (o mis niños):

<b>Name of Child (1)/Nombre del Niño (1)</b>	<b>Name of Child (2)/Nombre del Niño (2)</b>
<b>Name of Child (3)/Nombre del Niño (3)</b>	<b>Name of Child (4)/Nombre del Niño (4)</b>

**to:**

**a:**

<b>Name of Doctor/Nombre del Doctor</b>	<b>Telephone No./Teléfono</b>
<b>Address of Doctor/Dirección del Doctor</b>	

**or to:**

**o a:**

<b>Name of Hospital or Clinic/Nombre del Hospital o Clínica</b>	<b>Telephone No./Teléfono</b>
<b>Address of Hospital or Clinic/Dirección del Hospital o Clínica</b>	

<p><b>I give consent for necessary emergency treatment when my child is in the care of this physician or hospital or clinic.</b></p>	<p><b>Doy mi consentimiento para el tratamiento médico necesario estando mi niño bajo la atención de este doctor u hospital o clínica.</b></p>
_____ <b>Signature-Parent or Legal Guardian</b> Firma-Padre o Tutor	_____ <b>Date/Fecha</b>