

Emergency and Identification Information

I. FAMILY INFORMATION

CHILD'S NAME		GENDER	BIRTHDATE
ADDRESS			
MOTHER'S/GUARDIAN'S/MOTHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	<input type="checkbox"/> RESPONSIBLE FOR CHILD	EMAIL ADDRESS	CELL PHONE
HOME ADDRESS			HOME PHONE
WORK ADDRESS		PERSON TO ASK FOR	WORK PHONE
FATHER'S/GUARDIAN'S/FATHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	<input type="checkbox"/> RESPONSIBLE FOR CHILD	EMAIL ADDRESS	CELL PHONE
HOME ADDRESS			HOME PHONE
WORK ADDRESS		PERSON TO ASK FOR	WORK PHONE

II. NAMES OF PERSONS AUTHORIZED TO TAKE CHILD FROM THE FACILITY

(THIS CHILD WILL NOT BE ALLOWED TO LEAVE WITH ANY OTHER PERSON WITHOUT WRITTEN AUTHORIZATION FROM PARENT OR GUARDIAN.)

NAME	ADDRESS	CITY	ZIP	PHONE	RELATIONSHIP

III. ADDITIONAL PERSONS WHO MAY BE CALLED IN AN EMERGENCY TO TAKE CHILD FROM THE FACILITY

NAME	ADDRESS	CITY	ZIP	PHONE	RELATIONSHIP

IV. PHYSICIAN OR DENTIST TO BE CALLED IN AN EMERGENCY

PHYSICIAN	ADDRESS	CITY	ZIP	PHONE
<input type="checkbox"/> MEDI-CAL OR MEDICAL PLAN NAME:	MEDI-CAL NUMBER OR MEDICAL PLAN NUMBER			
DENTIST	ADDRESS	CITY	ZIP	PHONE
DENTAL PLAN:	DENTAL PLAN NUMBER			
IF PHYSICIAN CANNOT BE REACHED, WHAT ACTION SHOULD BE TAKEN?				
<input type="checkbox"/> CALL 911 <input type="checkbox"/> OTHER EXPLAIN:				

V. ALLERGIES OR OTHER MEDICAL LIMITATIONS

VI. PERMISSION FOR MEDICAL TREATMENT

Administrative procedures vary among medical personnel and medical facilities with regard to provision of medical care for a child in the absence of the parent. The exact procedure required by the physician or hospital to be used in emergencies should be verified in advance.

In case of accident or an emergency, I authorize a staff member of the child development agency to take my child to the above named physician or to the nearest emergency hospital for such emergency treatment and measures as are deemed necessary for the safety and protection of the child, at my expense.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE	TIME CHILD WILL BE CALLED FOR	DATE
---	-------------------------------	------

TO BE COMPLETED BY FACILITY DIRECTOR/ADMINISTRATOR OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------

Información para Casos de Emergencia

I. INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

NOMBRE DEL NIÑO/A		GÉNERO	BIRTHDATE
DIRECCIÓN			
NOMBRE DE LA MADRE/ TUTOR LEGAL/PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	<input type="checkbox"/> RESPONSABLE POR EL NIÑO/A	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO CELULAR
DIRECCIÓN DEL HOGAR			TELÉFONO DE LA CASA
DIRECCIÓN DE TRABAJO		¿LA PERSONA POR QUIEN PREGUNTAR?	TELÉFONO DE TRABAJO
NOMBRE DEL PADRE/ TUTOR LEGAL/PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	<input type="checkbox"/> RESPONSABLE POR EL NIÑO/A	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO CELULAR
DIRECCIÓN DEL HOGAR			TELÉFONO DE LA CASA
DIRECCIÓN DE TRABAJO		¿LA PERSONA POR QUIEN PREGUNTAR?	TELÉFONO DE TRABAJO

II. NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVAR AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

III. PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

IV. MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
<input type="checkbox"/> MEDI-CAL O NOMBRE DE PLAN MÉDICO		NÚMERO DE MEDI-CAL O DE PLAN MÉDICO		
DENTISTA	DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
PLAN DENTAL		NÚMERO DE PLAN DENTAL		

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MEDICO, ¿QUE ACCION SE DEBE DE TOMAR?

LLAMAR A 911 OTRA EXPLIQUE:

V. ALERGIAS U OTRAS LIMITACIONES MÉDICAS

VI. PERMISO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Los procedimientos administrativos con respecto a la prestación de atención médica al menor de edad en ausencia de los padres varían entre el personal médico y las instituciones médicas. El procedimiento exacto exigido por el médico u hospital que debe seguirse en casos de emergencias debe ser verificado con anterioridad.

En caso de accidente o emergencia, autorizo a un miembro de la agencia de desarrollo infantil a llevar a mi hijo o hija al médico anteriormente mencionado o al hospital de emergencias más cercano para recibir el tratamiento y las medidas necesarios que garantizan la seguridad y protección de mi hijo o hija. Dicha atención correrá por mi cuenta.

FIRMA DEL PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE AUTORIZADO	TIEMPO QUE NIÑO SERÁ RECOGIDO	FECHA
---	-------------------------------	-------

TO BE COMPLETED BY FACILITY DIRECTOR/ADMINISTRATOR OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------