



Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island

Todos los proveedores: Autorización de los padres para el tratamiento de emergencia

Actualizado 01/12/2023

Asegúrese de que toda la información de esta hoja esté completa para cumplir con la normativa.

| Declaración de autorización | | | |
|---|----------------|---|----------------|
| Nombre del proveedor de cuidado infantil familiar/ centro de cuidado infantil: | | | |
| Dirección del proveedor de cuidado infantil: | | | |
| Nombre del niño: | | Fecha de nacimiento: | |
| En consideración a la admisión, por la presente autorizo a | | Nombre del proveedor de cuidado infantil familiar/centro de cuidado infantil: | |
| ubicado en | | RI | |
| | Número y calle | Ciudad/Pueblo | Código postal |
| a organizar el examen y/o tratamiento médico de mi hijo | | Nombre completo del niño | |
| en caso de que surja una emergencia mientras mi hijo esté bajo el cuidado del proveedor/programa estatal mencionado anteriormente. Se entiende que el proveedor hará un esfuerzo exhaustivo para ponerse en contacto conmigo en los números de emergencia que he proporcionado a continuación antes de que se tome cualquier medida médica. | | | |
| Hospital preferido | | | |
| Preferiría que mi hijo fuera llevado al siguiente hospital si surge la necesidad. Sin embargo, entiendo que la elección del hospital puede estar limitada por el servicio de rescate local. | | | |
| Nombre del hospital: | | | |
| Número y calle: | | Estado: | Código postal: |
| | | | |
| Información sobre médicos y seguros | | | |
| Mi hijo consulta regularmente al siguiente médico y los datos de su seguro médico figuran a continuación. | | | |
| Nombre del médico: | | Teléfono: | |
| Dirección del consultorio médico: | | | |
| Compañía de seguros médicos: | | Número de póliza: | |
| | | | |
| Información de contacto de emergencia | | | |
| En caso de emergencia, primero se contactará a los padres/tutores del niño. En caso de que no se pueda contactar al padre/tutor, se deben enumerar los contactos de emergencia. | | | |
| Contacto de emergencia: Un contacto de emergencia puede recoger a un niño del centro de cuidado SOLO si hay comunicación escrita y/o verbal por parte de los padres. También se puede contactar a un contacto de | | | |



Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island

Todos los proveedores: Autorización de los padres para el tratamiento de emergencia

Actualizado 01/12/2023

emergencia si el programa no puede comunicarse con el padre. Los padres/tutores deben indicar dos (2) adultos con los que se pueda contactar en caso de emergencia si ellos no pueden ser localizados. Esta información se revisará anualmente para actualizar cualquier cambio.

Complete el siguiente formulario con una lista de las personas de contacto autorizadas y/o de emergencia en el orden en que desea que se contacte con ellos.

| | | | |
|------------------|--|---|---|
| Nombre completo: | | | |
| Relación: | <input type="checkbox"/> Este contacto de emergencia requerido es también una persona autorizada para recoger a mi hijo. | | |
| Dirección: | | | |
| Teléfono: | () - | <input type="checkbox"/> Teléfono móvil | <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa |

| | | | |
|------------------|--|---|---|
| Nombre completo: | | | |
| Relación: | <input type="checkbox"/> Este contacto de emergencia requerido es también una persona autorizada para recoger a mi hijo. | | |
| Dirección: | | | |
| Teléfono: | () - | <input type="checkbox"/> Teléfono móvil | <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa |

| | | | |
|------------------|--|---|---|
| Nombre completo: | | | |
| Relación: | <input type="checkbox"/> Este contacto de emergencia es también una persona autorizada para recoger a mi hijo. | | |
| Dirección: | | | |
| Teléfono: | () - | <input type="checkbox"/> Teléfono móvil | <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa |

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta)

Relación con el niño

Firma del padre/tutor

Fecha