



Rhode Island Department of Human Services

Centro de Cuidado Infantil Grupal/Familiar: Autorización de Padres de Familia para la Administración de Tratamiento en Caso de Emergencia

Actualizado 20/03/2020

Declaración de Autorización	
Nombre del Programa/Proveedor de Cuidado Infantil: _____	
Nombre del Niño: _____	Fecha de Nacimiento: _____
En consideración a la admitido, por la presente autorizo a _____ <i>Nombre del Programa/Proveedor de Cuidado Infantil</i>	
ubicado en _____ RI _____ <i>Número y Calle Ciudad/Municipio Código Postal</i>	
para realizar el examen médico y/o tratamiento de mi hijo(a) _____ <i>Nombre Completo del Niño(a)</i>	
si surge una emergencia mientras mi hijo(a) está bajo el cuidado del proveedor/programa estatal anterior. Se entiende que el proveedor hará un trabajo consecuentemente para comunicarse conmigo a los números de emergencia que he proporciono a continuación antes de tomar cualquier medida de tratamiento médico.	

Hospital de Preferencia		
Prefiero que lleven a mi hijo(a) 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 del Médico y Seguro	
Prefiero que lleven a mi hijo(a) 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 Médico: _____	Teléfono: _____
Proveedor de Seguro de Salud: _____	Número de Póliza: _____

Información de Contacto de Emergencia
En caso de una emergencia, primero se contactará a los padres de familia/tutores legales del niño(a). En el caso de que no se pueda contactar al padre/madre/tutor legal, se debe enumerar el contacto de emergencia y las personas autorizadas.
Persona Autorizada: una persona autorizada puede recoger a un niño(a) del cuidado infantil sin la necesidad de confirmación del padre/madre/tutor legal. También se puede contactar a una persona autorizada si el programa no puede comunicarse con los padres.
Contacto de Emergencia: un contacto de emergencia puede recoger a un niño(a) del cuidado infantil SOLAMENTE si existe comunicación escrita y/o verbal de parte de los padres. También se puede contactar a un contacto de emergencia si el programa no puede comunicarse con los padres.



Rhode Island Department of Human Services

Centro de Cuidado Infantil Grupal/Familiar: Autorización de Padres de Familia para la Administración de Tratamiento en Caso de Emergencia

Actualizado 20/03/2020

Por favor complete el siguiente formulario con la lista de las personas de contacto autorizadas y/o de emergencia **en el orden en que desea que sean contactados** (por ejemplo: el primer contacto mencionado es la primera persona a la que se llamará si no se puede contactar al padre/tutor).

Información de Contacto de Emergencia

Nombre Completo:			
Parentesco:		<input type="checkbox"/> Autorizado para recoger	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia
Teléfono Principal:	()	-	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
Teléfono Secundario:	()	-	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa

Nombre Completo:			
Parentesco:		<input type="checkbox"/> Autorizado para recoger	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia
Teléfono Principal:	()	-	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
Teléfono Secundario:	()	-	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa

Nombre Completo:			
Parentesco:		<input type="checkbox"/> Autorizado para recoger	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia
Teléfono Principal:	()	-	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
Teléfono Secundario:	()	-	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa

Nombre de Padre de Familia/Tutor Legal (Imprenta)

Parentesco con el Niño

Firma de Padre de Familia/Tutor Legal

Fecha

Firmado y jurado ante mí en este día _____ de _____
Fecha Mes Año

Notario Público (Imprenta)

Notario Público (Firma)

Fecha de Vencimiento de la Autorización

Notario