

**AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL CARE**  
**AUTORIZACION PARA ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA**

**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 Heather Riley
---

**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>	

**I give consent for necessary emergency treatment  
when my child is in the care of this physician or  
hospital or clinic.**

Doy mi consentimiento para el tratamiento médico  
necesario estando mi niño bajo la atención de este  
doctor u hospital o clínica.

\_\_\_\_\_  
**Signature-Parent or Legal Guardian**  
Firma-Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**