



**Información e Identificación para Emergencias**

**I. Información Familiar**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador de la madre/guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**II. Personas autorizadas para recoger al niño del centro de cuidado infantil**

Nombre	Dirección	Teléfono	Parentesco
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**III. Médico del niño**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**IV. ¿En caso de emergencia, que acción se debe tomar?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V. Seguro Médico** \_\_\_\_\_ **Número del seguro** \_\_\_\_\_

Nombre de la persona en el seguro \_\_\_\_\_

**VI. Alergias u otras limitaciones médicas** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VII. Permiso para Tratamiento Médico:** Los procedimientos administrativos para proporcionar cuidados médicos en la ausencia de los padres varían entre el personal médico y entre los hospitales. Deberá verificar con anticipación cuál es el procedimiento exacto que usa el doctor o el hospital que atenderá al niño en caso de emergencia.

En caso de accidente o de alguna emergencia, autorizo a \_\_\_\_\_ para que lleve a mi niño al médico que se indica más arriba o a la sala de emergencia del hospital más cercano para que se le proporcione el tratamiento necesario o se tomen las medidas necesarias para la seguridad y la protección del niño, y asumo los gastos respectivos.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Padre o guardián