

Padre/encargado: Si su niño necesita atención médica, dental, o servicios de hospital Usted como padre debe de dar permiso. Esta es una ley. ¿Y las veces en las cuales a Usted no se le pueda encontrar para el permiso? Un niño puede ser tratado sin el consentimiento del padre cuando un médico determine que existe una verdadera emergencia. Esto significa que el doctor determina que el niño/á necesita atención médica inmediata y que un intento de obtener el consentimiento del padre resultaría en un retraso, lo cual aumentaría el riesgo en la vida o salud de su niño/a.

Excepto en una verdadera emergencia, atención médica sería dada al niño/a solamente con el consentimiento del padre o encargado. A veces el niño/a necesita atención aunque no sea una verdadera emergencia. En estos casos, hacer un esfuerzo de comunicarse con el padre para el permiso puede retrasar el tratamiento y crear momentos ansiosos no necesarios para el niño.

Usted puede prepararse para atención médica inesperada que su niño/a pueda necesitar cuando Usted está lejos del hogar. Para hacer ésto, asegúrese que la persona que cuida a su niño/a sepa encontrarlo en todo

momento. Y cuando Usted sepa que va a ser difícil de encontrar, Usted puede dar permiso a otros adultos. Ellos pueden actuar por Usted, permitiendo que su niño/a sea tratado si atención inesperada sea necesario.

Éste es un documento legal. Con ello Usted puede nombrar familiares, amigos, maestros, clero, vecinos-cualquiera que tenga más de 18 año de edad- a ser responsable de su niño cuando Usted está lejos de ellos. Es especialmente importante preparar esta forma para las ocasiones cuando Usted sabe que será difícil ponerse en contacto con Usted.

Llene esta forma cuidadosamente. Tenga a otro adulto como testigo al firmar, otra persona que sea diferente a la que Usted hará ser responsable por sus niños.

Después de que Usted complete esta forma, désela al adulto(s) que Usted ha nombrado para que actúen en su nombre. Si su niño/a necesita atención médica inesperada, los adultos responsables deberán presentar este documento a la persona apropiada- el médico, dentista o representante del hospital.

Autorización para tratamiento médico de menores

NOMBRE DE MENORES	FECHA DE NACIMIENTO	IDENTIFIQUE ALERGIAS O CONDICIONES ESPECIALES

Yo/Nosotros, siendo los padres ó encargados de los menores arriba mencionados, por este medio nombro:

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
NYSED OBE	89 Washington Ave, Albany, NY	518-474-8775

Para actuar en mi/nuestro nombre en autorizar inesperado atención médica, dental, o cirugía y hospitalización para los menores arriba mencionados, durante el periodo de mi/nuestra ausencia, desde:

MES, DIA, AÑO	A TRAVÉS	MES, DIA, AÑO

Este documento deberá ser presentado a un medico, dentista o representante apropiado del hospital en caso de que inesperada atención médica, dental, de cirugía y hospitalización sea requerida.

FIRMA PADRE/ENCARGADO		FIRMA PARDE/ENCARGADO	
DIRECCIÓN	FECHA	DIRECCIÓN	FECHA
FIRMA TESTIGO		FIRMA TESTIGO	
DIRECCIÓN	FECHA	DIRECCIÓN	FECHA

PÓLIZA DE HOSPITALIZACIÓN PARA LOS MENORES MENCIONADOS:

COMPAÑÍA DE SEGURO O PROGRAMA DE GOBIERNO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE CONTRATO
MEDICOS DE LA FAMILIA	
NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO