

AUTORIZACION

Autorizo a cualquier medico u hospital que brinde la atencion medica y el tratamiento que sea necesario para cuidar a mi hijo sin mi permiso expreso o mi autorizacion especifica.

Padres y/o Tutores: Si hay consideraciones especificas que se deben tomar en cuenta antes de prestar atencion medica o tratamiento, por favor, complete abajo una declaracion de explicacion.

Nombre del medico	Telefono
-------------------	----------

Direccion

Telefono de casa	Madre	Padre
------------------	-------	-------

Telefono del trabajo	Madre	Padre
----------------------	-------	-------

Telefono celular	Madre	Padre
------------------	-------	-------

Doy/damos permiso para que personal de la escuela lleve a mi hijo en casa si es necesario.

Como llegar a la casa de la escuela. (Se puede incluir un mapa generado por computadora.)

Firma del Padre y/o Tutor: _____