Bay Respite Care

3

Favor de devolver esta hoja

Información en Caso de Emergencia y Accidente

Nombre del Cliente_____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____ Teléfono de Casa_____

Tutor Legal/ Padre_____ # del trabajo _____celular _____

Tutor Legal/ Madre _____ # del trabajo _____celular _____

Contacto de Emergencia_____ # de casa_____cel/trab _____

Doctor _____ # de teléfono _____

Hospital más cercano_____

Lista de condiciones médicas de su hijo/a, incluyendo alergias: _____

_____

Lista de medicamentos:_____

¿Tiene su hijo/a ataques de algún tipo? Sí ___ No __ Si es que sí, ¿se controlan por medicamentos? Sí __ No ___

EN CASO DE UN DESASTRE, ¿CUÁLES SON SUS INSTRUCCIONES O A DÓNDE QUIERE USTED QUE SE LE LLEVE A SU HIJO/A?

Nombre_____

Domicilio _____

Teléfono _____

Instrucciones:_____

PERMISO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

(Yo) (Nosotros), el/ la/ los firmantes, padre(s)/ tutor(es) legal(es) de _____ autorizo/amos a Bay Respite Care, localizado en 3272 Sonoma Blvd.. Suite 4, Vallejo, CA 94590 (707/644-4491) como agentes para los que firman abajo para autorizar toma de rayos-x, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y cuidado en el hospital que se considere recomendado por, y que se realice bajo la supervisión especial o general de cualquier médico o cirujano certificado bajo las provisiones del Acta de Prácticas Médicas, sin importar que el tratamiento o diagnóstico tome lugar en la oficina de dicho doctor o en un hospital.

Se entiende que esta autorización se da de antemano para cualquier diagnóstico específico, tratamiento, o cuidado en el hospital que se requiera pero se da para proveer autoridad y poder por parte de nuestro(s) dicho(s) agente(s) para dar consentimiento específico a uno o todos los diagnósticos, tratamientos, o cuidad en el hospital el cual susodicho médico pueda ejercitar lo que en su mejor juicio pueda considerar aconsejable; y ni el susodicho agente ni cualquier organización asume ßresponsabilidad por ejercitar esta acción.

Se da esta autorización de acuerdo a las provisiones de la Sección 25.8 del Código Civil de California y se mantiene en efecto hasta que sea revocada por escrito y entregada a dicho agente(s).

Firma de tutor legal/ padres _____

Fecha _____