

Autorización

Como padre y/o tutor legal, autorizo a un médico a brindar tratamiento en caso de una emergencia. Esta autorización tiene validez solamente tras haberse realizado los esfuerzos razonables para contactarme.

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma (padre o tutor legal): _____ Fecha: _____

Parentesco con el niño/a: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono alternativo: _____

Domicilio de los padres: Igual que el hijo de _____

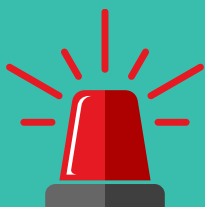
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Compañía de seguros: _____ # de póliza/# de grupo: _____

OR

de Medicaid: _____ Estado: _____





AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

**de Emergencia a
Menores de Edad**

In the event you are not with your child when
En caso de que usted no esté con su hijo/a
cuando se presenta una situación de
emergencia, usted debe saber que su hijo/a
no puede ser atendido/a sin el consentimiento
de usted. Cuando deja a su hijo/a a cuidado
de otros, un formulario firmado de
autorización evitará demoras innecesarias en
el tratamiento de su hijo/a. Nadie más,
incluyendo abuelos, vecinos y hermanos,
puede autorizar atención médica para su
hijo/a. **Su consentimiento por escrito es
obligatorio antes de que su hijo/a pueda
recibir tratamiento de emergencia.** Sin
embargo, si un médico considera que se
necesita de atención inmediata para prevenir
la muerte o lesiones graves, se dará inicio al
tratamiento.

Para garantizar la atención médica inmediata
para su hijo/a en su ausencia, complete la
información al reverso de este folleto y
entréguelo al cuidador de su hijo/a.

Qué hacer en caso de una emergencia médica

1 Si necesita una ambulancia, marque el 911.

2 Si el tiempo lo permite, en situaciones de
emergencia llame a su médico de familia.

3 Acuda inmediatamente al Departamento
de emergencia pediátrica de Mercy
Medical Center-Mercy Children's Hospital y
de sus clínicas o al hospital de su elección
más cercano.



Mercy Medical Center, 1111 6th Ave., Des Moines

Historial Médico

Médico del niño/a _____

Teléfono: _____

Fecha de última vacuna contra el tétanos: _____

Alergias del niño/a: _____

Medicamentos que se toman con regularidad (incluya información de las dosis): _____

Enfermedades /problemas médicos crónicos:

Instrucciones adicionales: _____
