

Trinity Child Development Center
Authorization for Emergency Medical Care
Autorizacion para atencion medica de emergencia

Name of child (Nombre del niño(a)) _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento) _____ Telephone/Teléfono _____

Home Address (Domicilio) _____

Name of Mother or Guardian (nombre de le madre o tutora) _____

Phone number when child is at the Center (Numero telefonico cuando niño(a) está en el centro)

Name of Father or Guardian (Nombre del padre o tutor) _____

Phone number when child is at the Center (Numero telefonico cuando niño(a) está en el centro)

Please list here any other person (relative or friend) who could be called in an emergency (Por favor enumere las personas (familiares o amistades) quienes pueden ser llamadas en caso de emergencia):

Name/nombre _____ Telephone/Teléfono _____

Name/nombre _____ Telephone/Teléfono _____

In the event that I cannot be reached to make arrangements for emergency medical care, I authorize the Trinity CDC director or person in charge to take my child to, or see that EMS takes my child to Dell Children's Medical Center at 4900 Mueller Blvd.

I give consent for necessary emergency treatment when my child is in care. (Doy mi consentimiento para el tratamiento médico necesario estando mi niño(a) bajo la atención del centro.)

Child's usual source of Medical Care: Name of physician or clinic _____

Address _____ Phone _____

Child's Health Insurance

Name of Insurance Plan _____ ID # _____

Subscriber's Name (on insurance card) _____

Signature — Parent or legal guardian Firma — Padre o tutor

Date/fecha