

## 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 esuela. (Se puede incluir un mapa generado por computadora.)

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Padre y/o Tutor: \_\_\_\_\_