


<p>Kansas Department of Health and Environment Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas</p> <p>Bureau of Child Care and Health Facilities Oficina de Cuidado de Niños e Instituciones de Salud</p> <p>1000 SW Jackson, Suite 200 Topeka, KS 66612-1274</p> <p>Day Care Unit: (785) 296-1270 Fax: 785- 296-0803 Unidad de Guardería de Niños: (785) 296-1270 Fax: 785- 296-0803</p> <p>Foster Care Unit Phone : (785) 368-7015 Fax: 785- 296-7025 Unidad de Cuidado Sustituto: (785) 368-7015 Fax: 785- 296-7025</p> <p>Website: www.kdhe.state.ks.us/kidsnet/ Sitio Web: www.kdhe.state.ks.us/kidsnet/</p>	
--	---

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL CARE
AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA

Written permission for emergency medical treatment must be on file at the facility. Consult with the local emergency medical facility to be sure this form is acceptable. Reference K.A.R. 28-4-127(b)(1)(A) except School Age Programs reference K.A.R. 28-4-582(e)(2)(B).

Es obligatorio mantener en los archivos de la institución un permiso escrito para recibir tratamiento médico de emergencia. Consulte a la institución local médica de emergencia para confirmar si este formulario es aceptable. Haga referencia al K.A.R. 28-4-127(b)(1)(A) excepto para Programas de Guardería para niños de Edad Escolar , para los cuales aplica la referencia K.A.R. 28-4-582(e)(2)(B).

Name of facility exactly as stated on the license/certificate Nombre de la institución exactamente como aparece en la Licencia/ el Certificado.	License or Certificate # Licencia ó Certificado #
--	--

I hereby authorize _____ (Name of individual/staff member) and/or _____ (Name of individual/staff member) who is(are) representative(s) of the above named facility to give consent for any and all necessary emergency medical care for my child or youth _____ (First and Last Name of Child or Youth) while said child or youth is in said facility's custody between the dates of _____ and _____ (MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY).

Por la presente autorizo a _____ (Nombre de la persona/empleado) y/o a _____ (Nombre de la persona/ empleado) que representa(n) a la institución arriba estipulada, para dar su consentimiento para suministrar cualquier y todo el cuidado médico de emergencia que sea necesario a mi hijo(a) o joven _____ (Nombre y Apellido del Niño(a) o Joven) mientras dicho niño(a) o joven permanezca bajo la custodia de la institución entre _____ y _____ (Mes/Día/Año) (Mes/Día/Año).

Signature of Parent or Guardian Firma del Padre/Madre o Tutor	Date Signed Fecha de Firma
--	-------------------------------

Witness to Parent's or Guardian's Signature only if required by the local hospital or clinic. Testigo de la Firma del Padre/Madre o Tutor, únicamente si es requerido por el hospital o la clínica local.	Date Signed Fecha de Firma
--	-------------------------------

Notarization of Parent's or Guardian's signature, only if required by local hospital or clinic.

Certificación por Notario de la Firma del Padre/Madre o Tutor, únicamente si es requerida por el hospital o la clínica local.

State of Kansas
Estado de Kansas

County of _____
Condado de _____

Signed or attested before me on _____ by _____
Firmada o Atestiguada ante mí en _____ por _____
(Seal, if any) (MM/DD/YYYY) Name of Person
(Sello, si existe) (Mes/Día/Año) Nombre de la Persona

Signature of Notarial Officer
Firma del Funcionario Notarial

Title (and Rank)
Título (y Rango)

My appointment expires:
Mi nombramiento vence:

Complete information regarding health care insurance, if applicable.

Llene información sobre el seguro de cuidado de salud, si aplica.

Health Insurance Policy Name _____ Policy Number _____
Nombre de la Póliza de Seguro de Salud: _____ Número de la Póliza: _____

Medical Assistance Program _____ Card Number _____
Programa de Asistencia Médica: _____ Número de Tarjeta _____

Military Medical Care I.D. Number _____
Número de Identificación del Cuidado Médico Militar: _____

If known, date of last Tetanus inoculation:
Si la conoce, fecha de la última vacunación contra el Tétano: _____

List any known allergies or other information about the medical status of this child or youth pertinent in case of emergency:
Enumere cualquier alergia u otra información que conozca sobre el estado médico de este niño(a) o joven que pueda ser pertinente en caso de emergencia:

THE MEDICAL RECORD/ASSESSMENT FORM (OR HEALTH STATUS HISTORY FORM FOR SCHOOL AGE PROGRAMS) AND THE AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL CARE MUST BE TAKEN TO THE EMERGENCY ROOM. BOTH FORMS MUST ALSO BE IN A VEHICLE WHEN THE CHILD OR YOUTH IS TRANSPORTED BY THE FACILITY.

EL FORMULARIO DE REGISTRO/EVALUACIÓN MÉDICA (O EL FORMULARIO DE LA HISTORIA MÉDICA QUE APLICA A LOS PROGRAMAS PARA NIÑOS DE EDAD ESCOLAR) JUNTO CON LA AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA DEBEN SER LLEVADOS A LA SALA DE EMERGENCIAS. AMBOS FORMULARIOS DEBEN TAMBIÉN LLEVARSE EN EL VEHÍCULO CUANDO UN NIÑO(A) O JOVEN ESTÉ SIENDO TRANSPORTADO(A) POR LA INSTITUCIÓN.