

### AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Si es necesario brindar atención médica de emergencia y no es posible contactarme, autorizo al proveedor de cuidado de relevo a solicitar el tratamiento médico de emergencia necesario para garantizar la salud y el bienestar de:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN ESPECÍFICA

Por la presente, autorizo al proveedor de cuidado de relevo a administrar al paciente la medicación prescrita por el médico que se indica a continuación \_\_\_\_\_.  
(Nombre de la persona)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
(Nombre)	(Dosis)	(Horario)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Incluya una copia de cada prescripción médica y de los medicamentos a demanda. La etiqueta de los medicamentos debe coincidir con la prescripción médica.

Representante del trabajador de relevo: \_\_\_\_\_  
Nombre