



The Early
Education
Program

Parental Approval for Emergency Medical Treatment (page 1 of 2)

Child's First & Last Name

____/____/____
Birth Date

As the parent/legal guardian, I hereby authorize the Early Education Program, 99 W. 10th Ave, Suite 340, Eugene, OR 97401, (541) 485-0368, to consent to any medical or surgical treatment of the above-named child, which such person deems advisable, if a parent or legal guardian cannot reasonably be located when the child is brought for emergency treatment.

In case of an emergency, how can we reach you **during preschool hours**?
Include home, work, or cell number(s) as appropriate.

Parent/Guardian

Phone Number

Parent/Guardian

Phone Number

If parent/guardian cannot be reached, who should we contact next? We require two additional contacts.
Please check the box if this person has permission to pick up your child.

Name

Phone

Relationship to child



Name

Phone

Relationship to child





Aprobación de los padres para tratamiento Medico de Emergencia (pagina 1 de 2)

Nombre y Apellido de Niño

____/____/____
Fecha de Nacimiento

Como padre/tutor legal, por la presente autorizo al Programa de Educación Temprana, 99 W. 10th Ave, Suite 340, Eugene, OR 97401, (541) 485-0368, a dar su consentimiento a cualquier tratamiento médico o cirugía del niño mencionado anteriormente, que dicha persona considere aconsejable, si un padre o tutor legal no puede ser localizado razonablemente cuando el niño es llevado para tratamiento de emergencia.

En caso de una emergencia, ¿cómo podemos comunicarnos con usted durante las horas preescolares?

Incluya los números de casa, trabajo o celulares, según corresponda.

Padre/Guardian

Numero de Telefono

Padre/Guardian

Numero de Telefono

Si no se puede contactar a los padres/tutores, ¿A quién debemos contactar? Requerimos dos contactos adicionales. Por favor marque la caja si esta persona tiene autorizacion para recoger al nino/a.

Nombre

Telefono

Relacion al Niño



Nombre

Telefono

Relacion al Niño



Parental Approval for Emergency Medical Treatment (page 2 of 2)

Child's First & Last Name

____/____/____
Birth Date

Child's Doctor & Phone Number:

Are there other physicians currently involved in your child's care? List and give phone numbers:

Chronic illnesses or allergies of the above named child:

Current medications:

Name of Medication	Amount Given	When is it given?	Possible Side Effects

****I give permission for my child to be transported by ambulance should an emergency arise and paramedics recommend it. Name of hospital you prefer:**

Signature of Parent or Guardian: _____ Today's Date: ____/____/____

Updated:

Signature of Parent or Guardian: _____ Date: ____/____/____

Updated:

Signature of Parent or Guardian: _____ Date: ____/____/____

The above authorization is valid until your child transitions from EEP or you revoke authorization verbally or in writing.

Aprobación de los padres para tratamiento Médico de Emergencia (pagina 2 de 2)

Nombre y Apellido de Niño

____/____/____
Fecha de Nacimiento

Médico del niño y número de teléfono:

¿Hay otros médicos actualmente involucrados en el cuidado de su hijo? Anote y dé números de teléfono:

Enfermedades crónicas o alergias del niño mencionado anteriormente:

Medicacion Actual:

Nombre del Medicamento	Cantidad dada	Cuando se da?	Possible efectos secundarios

**** Doy permiso para que mi hijo sea transportado en ambulancia en caso de que surja una emergencia y los paramédicos lo recomiendan. Nombre del hospital que prefiera:**

Firma de Padre o Guardian: _____ Fecha de hoy: ____/____/____

Actualizar:

Firma de Padre o Guardian: _____ Fecha: ____/____/____

Actualizar:

Firma de Padre o Guardian: _____ Fecha: ____/____/____

La autorización anterior es válida hasta que su hijo haga la transición de EEP o usted revoque la autorización verbalmente o por escrito.