

**Departamento de Salud del Condado de Monterey/ Division de Salud de Conducta en Niños
Forma para Proveer Permiso a Salidas y Tratamiento Médico**

Nombre del Niño(a) (e información para contactarlo en dado caso de que sea diferente a la del padre/guardián):		
Nombre del Padre/Guardian:		
Domicilio:		
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Celular:

Nombre del terapeuta:	Teléfono:
Medico primario:	Teléfono:
Aseguranza:	Número de póliza:

Medicamentos actuales:
Alergias o preocupaciones de salud:

Contacto en caso de emergencia (diferente al padre/guardián):	Teléfono:
---	-----------

Yo doy permiso a que mi hijo/hija participe en las salidas que el Departamento de Salud del Condado de Monterey/ Division de Salud de Conducta en Niños haga.

Yo autorizo al personal del Departamento de Salud de Conducta del Condado de Monterey en buscar tratamiento médico de emergencia para mi niño(a) en dado caso de que mi niño(a) se lesione o necesite atención médica y **yo no pueda ser localizado**.

Padre/Guardián: _____ Fecha: _____