

BERING DRIVE CHRISTIAN SCHOOL

1910 Bering Dr • Houston, TX 77057
713.780.1299 • FAX 713.783.2472

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL CARE AUTORIZACION PARA ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA

If I cannot be reached to make arrangements for emergency medical care for my child at the time of an illness or accident, I give permission for:

Bering Drive Christian School

to take my child:

Name of child:

1) to:

Name of Doctor:
Telephone:
Address of Doctor:
city _____ zip _____

2) or to:

Name of Doctor / Hospital:
Telephone:
Address of Doctor:
city _____ zip _____

I give my consent for necessary emergency treatment when my child is in the care of this physician or hospital.

Sworn and subscribed on: (date / fecha) _____

**COUNTY OF HARRIS
STATE OF TEXAS**

Notary

My commission expires on: (date / fecha) _____

Si en caso de alguna enfermedad o accidente no me pueden localizar para arreglar atención médica de emergencia para mi niño, doy permiso para que:

Bering Drive Christian School

a que lleve a mi niño:

Nombre del niño:

1) a:

Nombre del Doctor:
Teléfono:
Dirección del Doctor:
ciudad _____ código postal _____

2) o a:

Nombre del Doctor / Hospital:
Teléfono:
Dirección del Doctor:
ciudad _____ código postal _____

Doy mi consentimiento para el tratamiento médico necesario estando mi niño bajo la atención de este doctor u hospital.

Parent or Legal Guardian Signature / Firma - Padre o Tutor: _____ Date / Fecha: _____