

# Sunrise Preschool

216 N. Broadway Ave  
New Hampton, IA 50659

## Parental Emergency Medical Consent

Permission for medical care in parental absence.

Child's full name: \_\_\_\_\_

In the event that my child may need emergency medical and/or surgical care while I am out of reach, I hereby give my consent to medical or surgical treatment at Mercy Medical Center in New Hampton, Iowa. While there I would like my child to be seen by: \_\_\_\_\_.

Name of parent or legal guardian: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work/Cell Phone: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

In the event that my child may need to be seen by a dentist I hereby give permission that my child be taken to: \_\_\_\_\_

and be seen by: \_\_\_\_\_

Dentist Name: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

### Person(s) to be notified in case of emergency and parents can't be reached:

(1) Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

(2) Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**This consent will be effective for the duration of the current school year.**

**Parent Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

# Sunrise Preschool

216 N. Broadway Ave  
New Hampton, IA 50659

## Consentimiento médico de emergencia parental

Permiso para atención médica en ausencia de los padres.

Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_

En el caso de que mi hijo necesite atención médica y / o quirúrgica de emergencia mientras yo estoy fuera de mi alcance, doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico o quirúrgico en Mercy Medical Center en New Hampton, Iowa. Mientras estoy allí, me gustaría que mi hijo sea visto por: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo / celular: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

En caso de que mi hijo deba ser atendido por un dentista, doy mi permiso que mi hijo sea llevado a: \_\_\_\_\_

y ser visto por: \_\_\_\_\_.

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### **Persona (s) a ser notificada en caso de emergencia y los padres no pueden ser contactados:**

Persona (s) a ser notificada en caso de emergencia y los padres no pueden ser contactados:

(1) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(2) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Este consentimiento será efectivo por la duración del año escolar actual.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_