



Cari Marquez
President, Board of Directors

Melanie Santana
Executive Director

MISSION CHILD CARE CONSORTIUM, INC.
AUTORIZACION DE CONCENTIMIENTO

Nombre del niño/a: _____

Como condición para el ingreso de mi niño/a al Mission Child Care Consortium, Inc. estoy de acuerdo y entiendo las regulaciones escritas por el centro. Por lo tanto, doy pleno consentimiento para que mi niño/a participe de caminatas y paseos en transportación pública o autobuses alquilados, saliendo del centro a lugares de interés dentro y fuera de los límites de la ciudad.

Autorizo al personal de Mission Child Care Consortium, Inc. que llamen al 911 en caso de enfermedad o accidente o si es unas situaciones que necesita atención medica de inmediato. Si no me pueden localizar de inmediato. Es entendido que se hará todo lo posible de antemano para que se me notifique. La agencia seguirá las instrucciones medicas según consta en la Tarjeta de Emergencia y este Autorización de Consentimiento. Ningún tratamiento médico se le puede dar al niño/a sin el formulario del padre o doctor.

Estoy de acuerdo para que mi hijo/a sea fotografiado para ayudar al centro con ciertas actividades. Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea filmado por el uso de cámaras de seguridad dentro y fuera de la instalación. Existe un sistema de videovigilancia para la seguridad de los niños, el personal y la propiedad.

Entiendo que no tengo a Mission Child Care Consortium, Inc. responsable de ningún servicio de emergencia médica para mi hijo/a.

Entiendo que pagaré por servicios médicos o tratamiento a mi hijo/a bajo mi cobertura médica si mi hijo/a necesita tratamiento. MCCC tiene seguro médico en caso de un accidente en el local de MCCC.

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Nombre del Doctor

Dirección

Número de Teléfono de Doctor

Nombre del Hospital o Facilidad Medica