



Wonderfully Me.®

A GIRLS' EMPOWERMENT PROGRAM

AUTORIZACIÓN PARA MI NIÑA DE TRATO MÉDICOS EN CASO DE EMERGENCIA *(Por favor Imprima Claro)*

Si mi hija _____, nacida en _____, se enferma o está involucrada en un accidente y no puedo ser contactado yo autorizó a este hospital o/y médicos/ Doctor que den tratamiento de emergencias requeridas:

Hospital: _____

Dirección: _____

Medico: _____ M.D.

Teléfonos: _____

Dirección: _____

Yo doy permisos Wonderfully Me, Inc.® llevar a mi hija a tratamientos. Entiendo que en caso de emergencia puede ser transportada a facilidades de emergencia más cercanas.

Acepto la responsabilidad de los gastos necesarios incurrido en el transporte médico de mi hija, lo cuál no está cubierto por lo siguiente:

Compañía de Seguro De Salud: _____

Nombre de Póliza: _____ Relación con la niña : _____

Numero de Póliza: _____ Cobertura: _____

Número de Medicaid: _____ Estado: _____

Alergias de la niña y condiciones físicas: _____

Firma: _____ Relación con la niña: _____



Wonderfully Me.®

A GIRLS' EMPOWERMENT PROGRAM

Dirección: _____

Numero de teléfono de la casa: _____

Número de teléfono móvil: _____

Día: _____

Día actualizado: _____