



810 First Street, NE, 4<sup>th</sup> Floor, Washington, DC 20002  
 Phone: 202.727.1839 Fax: 202.727.8166 www.osse.dc.gov

PLEASE TYPE OR PRINT

**AUTHORIZATION FOR CHILD'S EMERGENCY MEDICAL TREATMENT**

If my child \_\_\_\_\_, born on \_\_\_\_\_, becomes ill or involved in an accident and I cannot be contacted, I authorize the following hospital or physician to give the emergency medical treatment required:

Hospital: \_\_\_\_\_

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

or:

Physician: \_\_\_\_\_ M.D. Telephone No: \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ (Area Code)

I give permission to **Bridges Public Charter School, located at 100 Gallatin Street, NE Washington, DC 20011** to take my child for treatment.

I accept responsibility for any necessary expense incurred in the medical treatment of my child, which is not covered by the following:

Health Insurance Company: \_\_\_\_\_

Name of Policy Holder: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_

Policy Number: \_\_\_\_\_ Coverage: \_\_\_\_\_

Medicaid Number: \_\_\_\_\_ State:  DC  MD  VA

Child's Known Allergies or Physical Conditions: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_

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

Telephone No: \_\_\_\_\_  
Home Business Pager/Cell Phone

Date: \_\_\_\_\_  
Month/Day/Year

Date Updated: \_\_\_\_\_  
Month/Day/Year



810 First Street, NE, 4<sup>th</sup> Floor, Washington, DC 20002  
 Phone: 202.727.1839 Fax: 202.727.8166 [www.osse.dc.gov](http://www.osse.dc.gov)

POR FAVOR ESCRIBA A MAQUINA O CON LETRA DE MOLDE

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA DEL NIÑO**

Si mi hijo (a) \_\_\_\_\_, nacido en \_\_\_\_\_, se enferma o se involucra en un accidente y no puedo ser contactado, autorizo al siguiente hospital o médico a dar el tratamiento médico de emergencia requerido:

Hospital: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

o:

Médico: Doctor \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 (codigo de area)

Dirección \_\_\_\_\_

Yo doy permiso a la **Escuela Pública Chárter Bridges, ubicada en 100 Gallatin Street, NE Washington, DC 20011** a llevar a mi hijo para el tratamiento.

Yo acepto la responsabilidad de cualquier gasto necesario incurrido en el tratamiento médico de mi hijo, que no está cubierto por lo siguiente:

Compañía de Seguros Médicos: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Cobertura: \_\_\_\_\_

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_ Estado:  DC  MD  VA

Condiciones o Alergias Conocidas del Niño: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Casa

Negocio/Trabajo

Dispositivo Localizador/Celular

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Actualización: \_\_\_\_\_