

**AFIDAVIT**

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Por la presente autorizo a la Administración del Colegio Bautista de Levittown y/o el Levittown Baptist Academy, para que en caso de emergencia transporte a mi hijo(a) \_\_\_\_\_, número de seguro social \_\_\_\_\_, al doctor u hospital más cercano para que reciba tratamiento médico.

Esta autorización tiene efectividad durante todo el tiempo que mi hijo(a) se encuentre bajo el control de la Administración del Colegio Bautista de Levittown y/o el Levittown Baptist Academy, por razón de asistencia en sus clases regulares o actividades oficiales del Colegio cuando el tratamiento médico emergente no permita la comunicación previa conmigo.

Autorizo, además, al doctor o personal del hospital donde mi hijo(a) sea llevado para tratamiento de emergencia, a que le administren cualquier tratamiento que ellos juzguen necesario e inaplazable para asegurar la salud y el bienestar de mi hijo(a) en tal ocasión.

Dado en \_\_\_\_\_, Puerto Rico, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE O ENCARGADO LEGAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA MADRE O ENCARGADO

Afidávit Núm. \_\_\_\_\_

Suscrito ante mí por \_\_\_\_\_, ambos mayores de edad, con número de seguro social \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, respectivamente y vecinos de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, a quienes conozco personalmente.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

NOTARIO PUBLICO