

## Blessed Trinity Catholic School Emergency Contact and Medical Information for a Child

Student Lives With: Both Parents \_\_\_\_\_ Father \_\_\_\_\_ Mother \_\_\_\_\_ Other (Whom) \_\_\_\_\_ **PLEASE PRINT**

M    F

Child's Name \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

Grade \_\_\_\_\_

Sex \_\_\_\_\_

Parent's/Guardian's Name \_\_\_\_\_

Parent's/Guardian's Name \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_

Work Phone \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_

Work Phone \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City, State \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_

City, State \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_

Cell Phone \_\_\_\_\_

Cell Phone \_\_\_\_\_

### Emergency Contacts

Person to be contacted when parents cannot be reached: (Please inform the person that they are listed as emergency contact.)

Primary Emergency Contact \_\_\_\_\_

Secondary Emergency Contact \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_

Cell/Work Phone \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_

Cell/Work Phone \_\_\_\_\_

Email address \_\_\_\_\_

Email Address \_\_\_\_\_

Street Address \_\_\_\_\_

Street Address \_\_\_\_\_

### Emergency Medical Information

Physician's Name \_\_\_\_\_

Clinic Name \_\_\_\_\_

Clinic Address \_\_\_\_\_

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

Insurance Company \_\_\_\_\_

Policy Number \_\_\_\_\_

Dentist's Name \_\_\_\_\_

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

Allergies/Special Health Considerations: \_\_\_\_\_

Does student wear glasses: \_\_\_\_\_ Contacts: \_\_\_\_\_

Significant illness in past year, i.e. chicken pox, strep, ear infections: \_\_\_\_\_

Date of last physical exam: \_\_\_\_\_ Date of last dental exam \_\_\_\_\_

Is student currently taking any medication? \_\_\_\_\_ If yes, give drug and for what reason given: \_\_\_\_\_

Will medication need to be given during school hours? \_\_\_\_\_ If yes, a permission form needs to be completed.

Do you have any concerns about hearing, vision or general health? \_\_\_\_\_

\*I give permission to Blessed Trinity Catholic School to make whatever emergency, (e.g., first aid, disaster evacuation) measures are judged necessary for the care and protection of my child while under the supervision of the school. In case of a medical emergency, I understand that my child will be transported to an appropriate medical facility by the local emergency unit for treatment at the expense of insurance or parents. In some situations, staff will need to contact local emergency resources before contacting the parent, the child's physician, and/or other adult acting on the parent's behalf.

\_\_\_\_\_  
Parent's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## Contactos de Emergencia e Información Médica de su Niño/a

El estudiante vive con: Ambos padres \_\_\_\_ Padre \_\_\_\_ Madre \_\_\_\_ Otro, ¿quién? \_\_\_\_\_ Por favor escriba

Nombre del niño/a	Fecha de nacimiento	Grado	M F Sexo
Nombre del padre/guardián	Nombre del padre/guardián		
Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo
Dirección		Dirección	
Ciudad, Estado	Zip Code	Ciudad, Estado	Zip Code
Teléfono celular _____		Teléfono celular _____	

## Contactos de Emergencia

Personas a contactar cuando no se encuentre a los padres. Por favor informe a la persona que aparece como contacto de emergencia.

Contacto de emergencia primario	Contacto de emergencia secundario
Teléfono del hogar	Teléfono del hogar
Teléfono del trabajo/celular	Teléfono del trabajo/celular
email	email
Dirección	Dirección

## Información Médica de Emergencia

Nombre del Médico	Clinica de preferencia
Dirección de la clínica	Número de teléfono
Seguro médico (nombre)	Número de póliza
Nombre del dentista	Número de teléfono
Alergias/Condiciones especiales de salud: _____	
_____	

El estudiante, ¿usa anteojos? \_\_\_\_\_ ¿lentes de contacto? \_\_\_\_\_ Enfermedades serias en el pasado. Ej.: varicelas, sarampión, infecciones de oído o amígdalas, etc.

Fecha último examen médico: \_\_\_\_\_ Último examen dental: \_\_\_\_\_

El estudiante, ¿toma algún medicamento? \_\_\_\_\_ ¿Cuál/es y el motivo? \_\_\_\_\_

¿Es necesario dar el medicamento en el horario escolar? \_\_\_\_\_ En la afirmativa, debe completar un formulario de autorización

¿Tiene usted alguna preocupación sobre la salud general, visual o auditiva del estudiante? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

\*Autorizo a Blessed Trinity Catholic School a hacer todo lo necesario (ejemplo: primeros auxilios, evacuación de desastres, entre otros) y que evalúen lo que sea conveniente para el cuidado y protección de mi hijo mientras esté bajo la supervisión de la escuela en caso de una emergencia. Entiendo, que durante una emergencia médica, mi hijo/a será transportado/a por la unidad local de emergencia a la unidad médica apropiada para tratamiento. El/la niño/a será transportado/a a expensas del seguro médico o de los padres. Comprendo que en algunas situaciones médicas, el personal tendrá que contactar la sala de emergencias local antes que a los padres, médico y/o cualquier adulto que actúe a nombre de los padres.

