

Emergency Contacts and Medical Information



Student lives with: _____

Student's Name _____

Date of birth _____ Grade _____ Gender _____

Parent/Guardian 1 _____

Parent/Guardian 2 _____

Cell Phone _____ Work Phone _____ Email Address _____

Cell Phone _____ Work Phone _____ Email Address _____

Address _____

Address _____

City, State _____ Zipcode _____

City, State _____ Zipcode _____

Emergency Contacts

People to be contacted when parents cannot be reached. You must list TWO people. These people are also authorized to pick up your child.

Primary Contact Name _____

Secondary Emergenc Contact _____

Primary Phone _____ Alternate Phone _____

Primary Phone _____ Alternate Phone _____

Email address _____ Relationship _____

Email address _____ Relationship _____

Street Address _____

Street Address _____

Emergency Medical Information

Physician's Name _____

Clinic Name _____

Clinic Address _____

Clinic Phone Number _____

Insurance Company _____

Insurance Policy Number _____

Dentist's Name _____

Dentist's Phone Number _____

Does student wear glasses? _____ Does student wear contacts? _____

Allergies/Special Health Considerations _____

Significant Illness in past year, i.e. chicken pox, strep, ear infections _____

Is student currently taking any medication? _____ Will medication need to be given during school hours? _____ If medication will be given at school, give the date permission form was completed _____

Date of last physical exam _____ Date of last dental exam _____

If student is taking medications, give drug and for what reason given _____

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 signature / Firma del padre _____

Date / Fecha _____

Contactos de Emergencia e Información Médica



Estudiante vive con: _____

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Género _____

Padre/Tutor 1 _____

Padre/Tutor 2 _____

Teléfono celular _____ Teléfono de trabajo _____ Correo electrónico _____

Teléfono celular _____ Teléfono de trabajo _____ Correo electrónico _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Código postal _____

Ciudad, Estado _____ Código postal _____

Contactos de Emergencia

Personas a contactar cuando no se pueda localizar a los padres. Debe incluir DOS personas. Estas personas también están autorizadas a recoger a su hijo.

Nombre de contacto principal _____

Contacto de emergencia secundario _____

Número de teléfono primario _____ Teléfono alternativo _____

Número de teléfono primario _____ Teléfono alternativo _____

Correo electrónico _____ Relación _____

Correo electrónico _____ Relación _____

Dirección _____

Dirección _____

Información Médica

Nombre del médico _____

Nombre de la clínica _____

Dirección de la clínica _____

Número de teléfono de la clínica _____

Compañía de seguros _____

Número de póliza de seguro _____

Nombre del dentista _____

Número de teléfono del dentista _____

¿El estudiante usa gafas? _____ ¿El estudiante usa contactos? _____

Alergias/Consideraciones especiales de salud

¿El estudiante está tomando algún medicamento actualmente? _____ ¿Será necesario administrar medicamentos durante el horario escolar? _____ Si el medicamento se administrará en la escuela, indique la fecha en que se completó el formulario de autorización. _____

Enfermedad significativa en el último año, es decir, varicela, estreptococo, infecciones del oído _____

Fecha del último examen físico _____ Fecha del último examen dental _____

¿Tiene alguna inquietud sobre la audición, la visión o la salud en general? _____

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 este bajo la supervisión de la escuela en caso de una emergencia. Entiendo, que durante una emergencia médica, mi hijo-a será transportado/a a expensas del seguro médico o de los padres. Comprendo que en algunas situaciones medicas 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.

Firma del padre

Fecha