

FAMILY'S LAST NAME:

APELLIDO FAMILIAR

ARCHDIOCESE OF LOS ANGELES EMERGENCY-EARTHQUAKE-DISASTER INFORMATION

FAMILY INFORMATION/INFORMACION FAMILIAR

Home Phone #: () Home address: City: State: Zip:

Mother's Work Phone # () Pager # Cellular Phone # () Call: 1st 2 nd (circle)

Father's Work Phone # () Pager # Cellular Phone # () Call: 1st 2 nd (circle)

Child/children live with	Both natural parents/Ambos padres naturales	Mother only/unicamente con la madre	Father/Stepmother/Padre/Madastra
Alumnos viven con:	Father only/unicamente con el padre	Mother/Stepfather/Madre/Padastro	Guardian Other

Mother's Name/Nombre de la Madre: **Mother's maiden/APELLIDO de soltera**
 Occupation/Ocupacion Hours of employment/horas de empleo:
 Employer/Empleador Work Address/dirección City: State: Zip:

Father's Name/Nombre del Padre: **Mother's maiden/APELLIDO de soltera**
 Occupation/ocupacion Hours of employment/horas de empleo:
 Employer/empleador Work Address/dirección City: State: Zip:

STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO Complete information for each child/complete la información por cada alumno

1. Last name/APELLIDO **First/Nombre** **Middle/Segundo nombre**

Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Birthdate/fecha de nacimiento	Birthplace/Lugar de Nacimiento:	FOR OFFICE USE ONLY PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE
Sex/Sexo: M F (Circle one)		Wears/usa: Gases/anteojos Contact lenses/lentes de contacto (circle one)		
Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales.				
Asthman/Allergies _____ Health Problems/Problemas de Salud _____ Medication/Medicamento _____ History of seizures/Historia de ataques Yes/Si No (circle) Student's HMO enrollment #:				

STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO Complete information for each child/complete la información por cada alumno

2. Last name/APELLIDO **First/Nombre** **Middle/Segundo nombre**

Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Birthdate/fecha de nacimiento	Birthplace/Lugar de Nacimiento:	FOR OFFICE USE ONLY PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE
Sex/Sexo: M F (Circle one)		Wears/usa: Gases/anteojos Contact lenses/lentes de contacto (circle one)		
Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales.				
Asthman/Allergies _____ Health Problems/Problemas de Salud _____ Medication/Medicamento _____ History of seizures/Historia de ataques Yes/Si No (circle) Student's HMO enrollment #:				

STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO Complete information for each child/ <i>complete la información por cada alumno</i>				
3. Last name/ <i>Apellido</i>		First/ <i>Nombre</i>		Middle/ <i>Segundo nombre</i>
Grade/ <i>Grado</i> :	Social Security # (optional)	Birthdate/ <i>fecha de nacimiento</i>	Birthplace/ <i>Lugar de Nacimiento</i> :	
Sex/ <i>Sexo</i> : M F (Circle one)		Wears/ <i>usa</i> : Goggles/ <i>anteojos</i> Contact lenses/ <i>lentes de contacto</i> (circle one)		
Medical Alert/ <i>Alerta Médica</i> : Conditions requiring special emergency care/ <i>Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales.</i>				
Asthma/ <i>Allergies</i> _____		Health Problems/ <i>Problemas de Salud</i> _____		Medication/ <i>Medicamento</i> _____
History of seizures/ <i>Historia de ataques</i> Yes/ <i>Si</i> No (circle)		Student's HMO enrollment #:		

FOR OFFICE
USE ONLY
PARA USO
DE LA
OFICINA
UNICAMENTE

EMERGENCY CARE INFORMATION/INFORMACION DE CUIDADO DE EMERGENCIA		
Name/ <i>Nombre</i> :	Relationship/ <i>Relacion</i> :	Phone #
Name/ <i>Nombre</i> :	Relationship/ <i>Relacion</i> :	Phone #
Name/ <i>Nombre</i> :	Relationship/ <i>Relacion</i> :	Phone #
Name/ <i>Nombre</i> :	Relationship/ <i>Relacion</i> :	Phone #
Name/ <i>Nombre</i> :	Relationship/ <i>Relacion</i> :	Phone #

HEALTH INSURANCE/ASEGURANZA MEDICA Carrier Name & Address:		
Group Number/ <i>Numero de Grupo</i> :	Subscriber Number/ <i>número de subscripción</i>	
Doctor's Name/ <i>Nombre del Doctor</i>	Phone #/ <i># de telefono</i> :	Address/ <i>Dirección</i>
Dentist's Name/ <i>Nombre del Dentista</i>	Phone #/ <i># de telefono</i> :	Address/ <i>Dirección</i>

EARTHQUAKE-DISASTER RELEASE INFORMATION/INFORMACION DE EMERGENCIA Y TERREMOTO		
TO BE COMPLETED FOR EACH STUDENT BY SCHOOL OFFICIAL IN THE EVENT OF AN EARTHQUAKE-DISASTER		
A SER COMPLETADA PARA CADA ALUMNO POR UN OFICIAL ESCOLAR EN EL EVENTO DE UN TERREMOTO O DESASTRE		
1. Student's Name/ <i>Nombre del alumno</i>	2. Student's Name/ <i>Nombre del alumno</i>	3. Student's Name/ <i>Nombre del alumno</i>
Was released to/ <i>se lo entregó a</i> :		Date/ <i>Fecha</i> : Time/ <i>Hora</i> :
Location to where the child was taken/ <i>lugar a dónde se llevó al alumno</i> :		
School official releasing the child/ <i>Oficial escolar que entregó al alumno</i> :		

CONSENT/ACUERDO

I understand that the school does not assume responsibility for payment of physician. However, in an emergency the school may choose a physician. In a emergency I give the school permission to have my child receive medical treatment.

Entiendo que la escuela no asume responsabilidad por pago de doctores. Sin embargo, en caso de emergencia la escuela puede elegir un doctor. En caso de emergencia le doy autorización para que mi hijo (a) reciba tratamiento médico.

Signature of/*Firma de*

Parent/*Guardian*

Date

Parent/*Guardian*