

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

Child/children live with <i>Alumno/os viven con:</i>	<i>Both natural Parents/Ambos padres naturales</i>	<i>Mother only/unicamente con la madre</i>	<i>Father/Stepmother/Padre/madrastra</i>	
	<i>Father only/unicamente con el padre</i>	<i>Mother/Stepfather/Madre/padrastro</i>	<i>Guardian</i>	<i>Other</i>

Mother's Name/Nombre de la Madre:	Mother's maiden name/apellido de soltera
Occupation/ocupación	Hours of employment/horas de empleo:
Employer/empleador	Work Address/dirección
	City: State: Zip:

Father's Name/Nombre del Padre:	
Occupation/ocupación	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: Glasses/Anteojos Contact lenses/lentes De Contacto (Circle one)			
Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales.				
Asthma/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: Glasses/Anteojos Contact lenses/lentes De Contacto (Circle one)			
Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales.				
Asthma/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				
3. 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: Glasses/Anteojos Contact lenses/lentes De Contacto (Circle one)								
Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales. Asthma/Allergies _____ Health Problems/Problemas de Salud _____ Medication/Medicamento _____ History of seizures/Historia de ataques Yes/Si No (circle) Student's HMO enrollment #:									

EMERGENCY CARE INFORMATION/INFORMACION DE CUIDADO DE EMERGENCIA		
Name/Nombre:	Relationship/Relación:	Phone#
Name/Nombre:	Relationship/Relación:	Phone#
Name/Nombre:	Relationship/Relación:	Phone#
Name/Nombre:	Relationship/Relación:	Phone#

HEALTH INSURANCE/ASEGURANZA MEDICA Carrier Name & Address:		
Group Number/Numero de Grupo:	Subscriber Number/numero de subscripción	
Doctor's Name/Nombre del Doctor	Phone #/ de Telefono:	Address/Dirección
Dentist's Name/Nombre del Dentista	Phone #/ de Telefono:	Address/Dirección

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/Nombre del alumno	2. Student's Name/Nombre del alumno	3. Student's Name/Nombre del alumno
Was released to/se le entregó a:		Date/Fecha: Time/Hora:
Location to where the child was taken/lugar a donde se llevó al alumno:		
School official releasing the child/Oficial escolar que entregó al alumno:		

CONSENTI/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 an emergency I give the school permission to have my child receive medical treatment.

Entiendo que la escuela no asume responsabilidad por pago a 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