

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:
Sex/Sexo: MF (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/Alergias _____		Health Problems/Problemas de Salud _____	
History of seizures/Historia de ataques Yes/Si 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/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:	

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 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 _____ **Date** _____ **Parent/Guardian** _____ **Parent/Guardian** _____