

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)	

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:	Hours of employment/horas de empleo:			
Occupation/ocupación	Hours of employment/horas de empleo:			
Employer/empleador	Work Address/dirección	City:	State:	Zip:

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

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 #:				

STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO		Complete information for each child/complete la información por cada alumno		
4. 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/Antojos 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### de Telefono
Address/Dirección:		City, State, Zip
Name/Nombre:	Relationship/Relación:	Phone### de Telefono
Address/Dirección:		City, State, Zip

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	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:			
2. 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:			
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:			
4. 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 reciva tratamiento médico.

Signature of/Firma de

Parent/Guardian

Parent/Guardian