

Emergency Contact and Medical Authorization Form

PLEASE PRINT

Student's Name (As listed on Birth Certificate): _____ Date of Birth: ____ / ____ / ____
Last Name, First Name, Middle Name

Allergies/Medical Conditions:

If the student will need medication administered during the school day, please see the office to fill out a Medical Administration Permission Form

Primary Contacts for Emergencies and Pick-up Permissions:

Mother/Guardian Name: _____

Address: _____

City, State: _____ Zip: _____

Preferred method of contact:

Home Phone: (____) _____

Mobile Phone: (____) _____

Work Phone: (____) _____

E-mail: _____

Father/Guardian Name: _____

Address: _____

City, State: _____ Zip: _____

Preferred method of contact:

Home Phone: (____) _____

Mobile Phone: (____) _____

Work Phone: (____) _____

E-mail: _____

If divorced or legally separated, child's primary residence is with:

DO NOT CONTACT OR RELEASE MY CHILD TO*: _____

**You cannot restrict custodial rights*

Secondary Contacts for Emergencies and Pick-up Permissions:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: (____) _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: (____) _____

Medical Authorization:

In case of accident or illness, if the school is unable to contact those listed above and the emergency is acute:

- I **authorize** the school to seek emergency medical care, including transportation to an emergency room, and the physician in charge to administer whatever emergency treatment is necessary at my expense.

Family Doctor: _____ Phone: (____) _____

Hospital Preference: _____

Insurance Company: _____ Group #: _____ ID #: _____

Family Dentist: _____ Phone: (____) _____

- I **do not authorize** the school to seek emergency medical care. Instead, I authorize the school to take the following action:

I certify that the information provided on this form is true and accurate to the best of my knowledge and that I will immediately notify the school office if any changes occur in regards to this information. I understand that presenting a false record or falsifying records is an offense punishable by federal and state law.

Parent/Guardian Name (please print): _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

Contacto de Emergencia y Formulario de Autorización Médica

Use Letra de Impresión

Nombre de Estudiante (Como se indica en el Certificado de Nacimiento): _____
Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____

Alergias / Condiciones Médicas:

Si el estudiante necesita medicamento administrado durante el año escolar, favor de ir a la oficina y llenar el Formulario de Autorización de Administración de Medicamentos

Contactos Principales para Emergencias y Permisos de Recogida:

Nombre de Madre/Guardián: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código postal: _____

Método preferido de contacto:

Teléfono de casa: (____) _____

Teléfono celular: (____) _____

Teléfono del trabajo: (____) _____

E-mail: _____

Nombre de Padre/ Guardián: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código postal: _____

Método preferido de contacto:

Teléfono de casa: (____) _____

Teléfono celular: (____) _____

Teléfono del trabajo: (____) _____

E-mail: _____

Si es divorciado o separado legalmente, la residencia principal del niño es con:

NO SE COMUNIQUE O DEJE A MI HIJO/A IR CON*: _____

**No se puede restringir el derecho de custodia*

Contactos Secundarios para Emergencias y Permisos de Recogida:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Medical Authorization:

En caso de accidente o enfermedad, si la escuela no puede comunicarse con los mencionados anteriormente y la emergencia es aguda:

- Yo autorizo** a la escuela a buscar atención médica de emergencia, incluyendo el transporte a una sala de emergencia, y el médico a cargo de administrar cualquier tratamiento de emergencia es necesario a mi costo.

Médico de Familia: _____ Teléfono: (____) _____

Hospital de Preferencia: _____

Compañía de Seguros: _____ # de Grupo _____ # de ID _____

Dentista de la familia: _____ Teléfono: (____) _____

- No autorizo** a la escuela a buscar atención médica de emergencia. En cambio, yo autorizo a la escuela a tomar las siguientes medidas:

Yo certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y que voy a notificar inmediatamente a la oficina de la escuela si se produce algún cambio en relación a esta información. Entiendo que la presentación de información falsa o la falsificación de documentos es un delito penado por la ley federal y estatal.

Nombre del Padre/Guardián (letra de imprenta): _____

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: ____ / ____ / _____