

Family Last Name:
Apellido Familia:

ARCHDIOCESE OF LOS ANGELES EMERGENCY – EARTHQUAKE – DISASTER INFORMATION

FAMILY INFORMATION / <i>INFORMACION FAMILIAR</i>				
Home Phone #:	Home Address:	City:	State:	Zip:
Mother's Work Phone #:	Email:	Cell #:	Call: 1 st	2 nd
Father's Work Phone #:	Email:	Cell #:	Call: 1 st	2 nd

Child/Children Live with: <i>Alumno/os viven con:</i>	Both natural Parents/ <i>Ambos padres naturales</i>	Mother only/ <i>únicamente con la madre</i>	Father & Stepmother/ <i>padre y madrastra</i>	
	Father only/ <i>únicamente con el Padre</i>	Mother & Stepfather/ <i>madre y padrastro</i>	Guardian	Other

Mother's Name / <i>Nombre de la Madre:</i>		Mother's Maiden Name/ <i>apellido de soltera:</i>		
Occupation / <i>Ocupacion:</i>		Hours of Emplment / <i>horas de empleo:</i>		
Employer / <i>Empleador:</i>	Work Address / <i>Direccion:</i>	City:	State:	Zip:

Father's Name / <i>Nombre del Padre:</i>				
Occupation / <i>Ocupacion:</i>		Hours of Emplment / <i>horas de empleo:</i>		
Employer / <i>Empleador:</i>	Work Address / <i>Direccion:</i>	City:	State:	Zip:

STUDENT INFORMATION / <i>INFORMACION DEL ALUMNO</i>		Complete information for each child / <i>complete la informacion por cada alumno</i>		
Last name / <i>Apellido:</i>		First / <i>Nombre:</i>	Middle / <i>Segundo nombre:</i>	
Grade / <i>Grado:</i>	Birthdate / <i>Fecha de nacimiento:</i>	Birthplace / <i>Lugar de Nacimiento:</i>		
Sex / <i>Sexo:</i>	Social Security # (optional)	Wears / <i>usa:</i> Glasses / <i>Anteojos</i>	Contact Lenses / <i>lentes de contacto</i>	
<u>Medical Alert / <i>Alerta Medica:</i></u>		<u>Conditions requiring special emergency care / <i>Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales</i></u>		
Asthma/Alergies _____		Health Problems/ <i>Probelmas de Salud</i> _____	Medication/ <i>Medicamento</i> _____	
History of seizures/ <i>Historia de ataques</i> _____		Student HMO enrollment #:		

STUDENT INFORMATION / <i>INFORMACION DEL ALUMNO</i>		Complete information for each child / <i>complete la informacion por cada alumno</i>		
Last name / <i>Apellido:</i>		First / <i>Nombre:</i>	Middle / <i>Segundo nombre:</i>	
Grade / <i>Grado:</i>	Birthdate / <i>Fecha de nacimiento:</i>	Birthplace / <i>Lugar de Nacimiento:</i>		
Sex / <i>Sexo:</i>	Social Security # (optional)	Wears / <i>usa:</i> Glasses / <i>Anteojos</i>	Contact Lenses / <i>lentes de contacto</i>	
<u>Medical Alert / <i>Alerta Medica:</i></u>		<u>Conditions requiring special emergency care / <i>Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales</i></u>		
Asthma/Alergies _____		Health Problems/ <i>Probelmas de Salud</i> _____	Medication/ <i>Medicamento</i> _____	
History of seizures/ <i>Historia de ataques</i> _____		Student HMO enrollment #:		

STUDENT INFORMATION / INFORMACION DEL ALUMNO		Complete information for each child / complete la informacion por cada alumno	
Last name / Apellido:		First / Nombre:	Middle / Segundo nombre:
Grade / Grado:	Birthdate / Fecha de nacimiento:	Birthplace / Lugar de Nacimiento:	
Sex / Sexo:	Social Security # (optional)	Wears / usa: Glasses / Anteojos	Contact Lenses / lentes de contacto
<u>Medical Alert / Alerta Medica:</u>		<u>Conditions requiring special emergency care / Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales</u>	
Asthma/Alergies _____	Health Problems/Probelmas de Salud _____	Medication/Medicamento _____	
History of seizures/Historia de ataques _____	Student 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 #:
Name/Nombre:	Relationship/Relación:	Phone #:

HEALTH INSURANCE / ASEGURANZA MEDICA	Carrier name & Address:	
Group Number / numero de grupo:	Subscriber Number / numero de subscipcion:	
Doctor's Name / nombre del Doctor:	Phone #:	Address / dirección
Dentist's Name / nombre del Dentista:	Phone #:	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 Name/nombre del alumno	2. Student Name/nombre del alumno	3. Student Name/nombre del alumno
Was released to / se lo entrego a:		Date / Fecha:
Location to where the child was taken / lugar donde se llevó al alumno:		Time / Horario:
School official releasing the child / Oficial escolar que entrego al alumno:		

CONCENT / 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 medico. By selecting the "I Accept" button, you are signing the agreement electronically. You agree your electronic signature is the legal equivalent of your manual/handwritten signature on this form. By selecting "I Accept" using any device, means or action, you consent to the legally binding terms and conditions of this Official School Form. You further agree that your signature on this document (hereafter referred to as your "E-Signature") is as valid as if you signed the document in writing. Al seleccionar el botón "Acepto", está firmando el acuerdo electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual / manuscrita en este formulario. Al seleccionar "Acepto" utilizando cualquier dispositivo, medio o acción, usted acepta los términos y condiciones legalmente vinculantes de este formulario escolar oficial. Además, acepta que su firma en este documento (en lo sucesivo, su "Firma electrónica") es tan válida como si hubiera firmado el documento por escrito.

_____ I Accept / Acepto Signature of / Firma de: _____

_____ Parent / Guardian _____ Date / Fecha _____ Parent / Guardian