

Our Lady of Mount Carmel

EMERGENCY INFORMATION FORM / *FORMA DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS*

(A separate form must be completed for each child. / *Esta forma debe de ser completada por cada hijo(a).*)

Child or Youth Full Name / *Nombre complete del hijo(a)*

If a parent or guardian can't be reached in an emergency, please contact: / *Si el padre, madre o guardián no pueden ser contactados en una emergencia, favor de contactar a:*

First and Last Name / *Nombre completo*

Relationship to child or youth / *Parentezco con el hijo(a)*

Emergency contact phone # / *No. de teléfono de contacto para emergencias*

Name of Family Doctor / *Nombre del médico familiar*

Phone # / *No. de teléfono*

Medical Insurance Carrier / *Compañía aseguradora de salud*
Group # / *No. grupo*

Carrier Policy # / *No. de póliza*

Medical Insurance Address Information / *Dirección de la compañía aseguradora de salud*

Phone # / *No. de teléfono*

List any medical condition which restricts physical activity or requires special attention or minor adjustments. Include conditions such as asthma or allergies (e.g. peanuts, bee stings, etc.) If none, please indicate "none". / *Enumere cualquier condición médica que restrinja la actividad física o requiera atención especial o algún tipo de ajuste menor. Incluya afecciones como el asma o alergias (por ejemplo: al maní, las picaduras de abejas, etc.) Si no hay ninguna, sírvase indique, "ninguna".*

Does your child or youth take any medications? / *¿Está su hijo(a) tomando algún medicamento?* Yes / Sí
No

If "yes", please provide a list. / *Si responde "sí", provea una lista de medicamentos.*

In case of an emergency and you are unable to be reached, please list **3 LOCAL ADULTS OVER THE AGE OF 18 WHO CAN PICK UP YOUR CHILD WITHIN 20 MINS. Identification will be required to be shown by the person who is authorized to pick up your child.**

En caso de emergencia y no poder ser localizado, indique 3 ADULTOS LOCALES MAYORES DE 18 AÑOS QUE PUEDAN RECOGER A SU HIJO EN UN PLAZO DE 20 MIN. Se requerirá que la identificación sea mostrada por la persona autorizada para recoger a su hijo.

(NAME) **(3 contacts required)** (PHONE #) (RELATIONSHIP to CHILD)

(NOMBRE) (se requieren 3 contactos) (TELÉFONO #) (Relación con los niños)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

****Please list anyone who you DO NOT authorize to pick up your child:**

****Enumere a cualquier persona a la que NO autorice a recoger a su hijo:** _____

**In a medical emergency we will call 911.
En una emergencia médica llamaremos al 911.**

PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE / FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN

By signing this form, I understand that the parish does not assume responsibility for payment of physician. However, in an emergency the parish may choose a physician. In an emergency, I give the parish permission to have my child(ren) or youth receive medical treatment. / *Al firmar esta forma, entiendo que la parroquia no asume responsabilidad financiera por los servicios de un(a) doctor(a). Sin embargo, en una emergencia, doy permiso a la parroquia para que seleccione a un doctor(a). En caso de emergencia, doy permiso para que la parroquia obtenga tratamiento médico para mi(s) hijo(s) o hija(s).*

Signature / Firma

Date / Fecha