

FAMILY'S LAST NAME: <i>APELLIDO FAMILIAR</i>
---

## 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:    1st    2 nd    (circle)
Father's Work Phone # (    )	Pager #	Cellular Phone # (    )	Call:    1st    2 nd    (circle)

Child/children live with <i>Alumnos viven con:</i>	Both natural parents/Ambos padres naturales	Mother only/unicamente con la madre	Father/Stepmother/Padre/Madastra
	Father only/unicamente con el padre	Mother/Stepfather/Madre/Padastro	Guardian      Other

<b>Mother's Name/Nombre de la Madre:</b>	<b>Mother's maiden/Apellido de soltera</b>
Occupation/Ocupacion	Hours of employment/horas de empleo:
Employer/Empleador	Work Address/dirección      City:      State:      Zip:

<b>Father's Name/Nombre del Padre:</b>	
Occupation/ocupacion	Hours of employment/horas de empleo:
Employer/empleador	Work Address/dirección      City:      State:      Zip:

### STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO      Complete information for each child/*complete la información por cada alumno*

<b>1. Last name/Apellido</b>	<b>First/Nombre</b>	<b>Middle/Segundo nombre</b>
Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Bithdate/fecha de nacimiento
Sex/Sexo: <b>M</b> <b>F</b> (Circle one)		Birthplace/Lugar de Nacimiento:
Wears/usa: Glases/anteojos    Contact lenses/lentes de contacto    (circle one)		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           FOR OFFICE USE ONLY PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE         </div>
Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/ <i>Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales.</i>		
Asthman/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*

<b>2. Last name/Apellido</b>	<b>First/Nombre</b>	<b>Middle/Segundo nombre</b>
Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Bithdate/fecha de nacimiento
Sex/Sexo: <b>M</b> <b>F</b> (Circle one)		Birthplace/Lugar de Nacimiento:
Wears/usa: Glases/anteojos    Contact lenses/lentes de contacto    (circle one)		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           FOR OFFICE USE ONLY PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE         </div>
Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/ <i>Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales.</i>		
Asthman/Allergies _____ Health Problems/Problemas de Salud _____ Medication/Medicamento _____ History of seizures/Historia de ataques    Yes/Si    No    (circle)    Student's HMO enrollment #:		

<b>STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO</b>				Complete information for each child/ <i>complete la información por cada alumno</i>	
<b>3. Last name/Apellido</b>		<b>First/Nombre</b>		<b>Middle/Segundo nombre</b>	
Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Birthdate/fecha de nacimiento	Birthplace/Lugar de Nacimiento:		
Sex/Sexo: <b>M</b> <b>F</b> (Circle one)		Wears/usa: Glases/anteojos Contact lenses/lentes de contacto (circle one)			
Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/ <i>Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales.</i>					
Asthma/Allergias _____ Health Problems/Problemas de Salud _____ Medication/Medicamento _____					
History of seizures/Historia de ataques Yes/Si No (circle) Student's HMO enrollment #:					

FOR OFFICE  
USE ONLY  
PARA USO  
DE LA  
OFICINA  
UNICAMENTE

<b>EMERGENCY CARE INFORMATION/INFORMACION DE CUIDADO DE EMERGENCIA</b>		
Name/Nombre:	Relationship/Relacion:	Phone #
Name/Nombre:	Relationship/Relacion:	Phone #
Name/Nombre:	Relationship/Relacion:	Phone #
Name/Nombre:	Relationship/Relacion:	Phone #
Name/Nombre:	Relationship/Relacion:	Phone #

<b>HEALTH INSURANCE/ASEGURANZA MEDICA Carrier Name &amp; Address:</b>		
Group Number/Numero de Grupo:	Subscriber Number/número de subscripción	
Doctor's Name/Nombre del Doctor	Phone #/ # de telefono:	Address/Dirección
Dentist's Name/Nombre del Dentista	Phone #/ # de telefono:	Address/Dirección

<b>EARTHQUAKE-DISASTER RELEASE INFORMATION/INFORMACION DE EMERGENCIA Y TERREMOTO</b>		
<b>TO BE COMPLETED FOR EACH STUDENT BY SCHOOL OFFICIAL IN THE EVENT OF AN EARTHQUAKE-DISASTER</b>		
<b>A SER COMPLETADA PARA CADA ALUMNO POR UN OFICIAL ESCOLAR EN EL EVENTO DE UN TERREMOTO O DESASTRE</b>		
<b>1. Student's Name/Nombre del alumno</b>	<b>2. Student's Name/Nombre del alumno</b>	<b>3. Student's Name/Nombre del alumno</b>
Was released to/se lo entregó a:		Date/Fecha: Time/Hora:
Location to where the child was taken/lugar a dónde 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 a emergency I give the school permission to have my child receive medical treatment.  
*Entiendo que la escuela no asume responsabilidad por pago de 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**

\_\_\_\_\_

Parent/Guardian

Date

Parent/Guardian