



BISHOP CONATY-OUR LADY OF LORETTO HIGH SCHOOL

A Comprehensive College Preparatory Catholic High School

2900 West Pico Boulevard, Los Angeles, California 90006-3802

Telephone 323-737-0012 • Fax 323-737-1749 • www.bishopconatyloretto.org

EMERGENCY MEDICAL RELEASE CONSENT FORM SCHOOL YEAR 2019-2020 *[Please Print]*

Student Name: _____ Grade: _____
Last First Middle

Medical History:

My daughter suffers from the following chronic medical conditions:

- Anxiety Disorder
- Asthma
- Diabetes
- Epilepsy

- Hearing Loss
- Heart Disease
- Poor Vision

Other: _____

My daughter is currently taking the following medications: _____

My daughter is allergic to: _____

Doctor's Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Medical Insurance Provider's Name: _____

Policy Number: _____

Daughter's Medical Record Number: _____

Under whose name is the insurance policy? _____

I hereby authorize the school to contact my daughter's medical provider or emergency services in case of medical emergency. I agree to relieve the school and other participating adults from any liability in connection with this request.

This authorization is in effect from (dates) _____ to _____.

Signature of Mother/Father

Print Name of Mother/Father

Date

Signature of Guardian

Print Name of Guardian

Date

Please immediately notify the school of any changes to this information.



BISHOP CONATY-OUR LADY OF LORETTO HIGH SCHOOL

A Comprehensive College Preparatory Catholic High School

2900 West Pico Boulevard, Los Angeles, California 90006-3802

Telephone 323-737-0012 • Fax 323-737-1749 • www.bishopconatyloretto.org

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICA AÑO ESCOLAR 2019-2020 [letra de molde]

Nombre de la alumna _____ Grado _____
Apellido Primer Segundo

Historia Médica:

Mi hija sufre de la siguiente condición médica crónica:

- Desorden de ansiedad
 Asma
 Diabética
 Epilepsia

- Perdida de Oír
 Enferma del Corazón
 Falta de visión

Otro _____

Mi hija esta tomando los siguientes medicamentos: _____

Mi hija es alérgica a: _____

Nombre del Doctor: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del Seguro Médico: _____

Número de Póliza: _____

Número del Expediente Médico de su hija: _____

¿En nombre de quien está el seguro médico? _____

En caso de alguna emergencia médico autorizo a la escuela llamar al medico de mi hija o a los servicios de emergencia. Estoy de acuerdo a relevar a la escuela y otros adultos participantes de cualquier responsabilidad en conexión con esta petición.

Esta autorización esta en efecto de (fechas) _____ a _____.

Firma de la madre o padre

Nombre de la Madre o Padre (letra de molde) Fecha

Firma del guardián

Nombre del guardián (letra de molde) Fecha

Por favor notifique inmediatamente a la escuela de cualquier cambio a esta información.