

FAMILY'S LAST NAME:  
APELLIDO FAMILIAR

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

Child/children live with Alumno/os viven con:	Both natural Parents/Ambos padres naturales	Mother only/unicamente con la madre	Father/Stepmother/Padre/madrastra	
	Father only/unicamente con el padre	Mother/Stepfather/Madre/padrastro	Guardian	Other

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

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

<b>STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO</b> Complete information for each child/complete la información por cada alumno				
1. Last name/Apellido		First/Nombre:		Middle/Segundo nombre
Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Birthdate Fecha de nacimiento:	Birthplace Lugar de Nacimiento:	FOR OFFICE USE ONLY PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE
Sex/Sexo: <b>M F</b> (Circle one)	Wears/usa: Glasses/Anteojos Contact lenses/lentes De Contacto (Circle one)			
Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales.				
Asthma/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/complete la información por cada alumno				
2. Last name/Apellido		First/Nombre:		Middle/Segundo nombre
Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Birthdate Fecha de nacimiento:	Birthplace Lugar de Nacimiento:	FOR OFFICE USE ONLY PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE
Sex/Sexo: <b>M F</b> (Circle one)	Wears/usa: Glasses/Anteojos Contact lenses/lentes De Contacto (Circle one)			
Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales.				
Asthma/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				
3. Last name/APELLIDO			First/Nombre:		Middle/Segundo nombre				
Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Birthdate Fecha de nacimiento:	Birthplace Lugar de Nacimiento:		FOR OFFICE USE ONLY PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE				
Sex/Sexo: <b>M</b> <b>F</b> (Circle one)	Wears/usa: Glasses/Anteojos Contact lenses/lentes De Contacto (Circle one)								
Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales. Asthma/Allergies _____ Health Problems/Problemas de Salud _____ Medication/Medicamento _____ History of seizures/Historia de ataques Yes/Si No (circle) Student's 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#

HEALTH INSURANCE/ASEGURANZA MEDICA Carrier Name & Address:		
Group Number/Numero de Grupo:	Subscriber Number/numero de subscripción	
Doctor's Name/Nombre del Doctor	Phone #/ de Telefono:	Address/Dirección
Dentist's Name/Nombre del Dentista	Phone #/ de Telefono:	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's Name/Nombre del alumno	2. Student's Name/Nombre del alumno	3. Student's Name/Nombre del alumno
Was released to/se le entregó a:		Date/Fecha: Time/Hora:
Location to where the child was taken/lugar a donde se llevó al alumno:		
School official releasing the child/Oficial escolar que entregó al alumno:		

**CONSENTI/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 médico.

**Signature of/Firma de**

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian