

EMERGENCY CONTACT AND INFORMATION CARD

Child's Name/Nombre de Niño: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Father/Padre/Guardian: _____ Mother/Madre/Guardian: _____

Cell #: _____ Cell #: _____

Work #: _____ Work #: _____

Address/Dirección: _____ Address/Dirección: _____

City/Cuidad: _____ City/Cuidad: _____

State & ZIP Code/Estado y Código postal: _____ State & ZIP Code/Estado y Código postal: _____

ALTERNATIVE EMERGENCY CONTACT

Primary Contact/Contacto Principal: _____ Secondary Contact/Contacto Secundario: _____

Cell #: _____ Cell #: _____

Work #: _____ Work #: _____

Address/Dirección: _____ Address/Dirección: _____

City/Cuidad: _____ City/Cuidad: _____

State & ZIP Code/Estado y Código postal: _____ State & ZIP Code/Estado y Código postal: _____

MEDICAL INFORMATION

Hospital Preference/Hospital de Preferencia: _____

Physician's Name/Nombre del Doctor: _____

Insurance Company/Compañía de Seguros: _____

Phone Number/número de teléfono: _____ Policy Number/número de póliza: _____

Allergies or Special Health Considerations/Alergias o consideraciones especiales de salud:

Special Needs or Learning Accommodations/Necesidades Especiales o Acomodaciones de Aprendizaje:

I authorize all medical and/or hospital procedures as may be performed or prescribed by the attending physician and/or paramedics for my child and waive my right to informed consent of treatment. This waiver applies only in the event that neither parent/guardian can be reached in the case of an emergency.

Autorizo todos los procedimientos médicos y/u hospitalarios que puedan ser realizados o recetados por el médico tratante y/o los paramédicos para mi hijo y renuncio a mi derecho al consentimiento informado de tratamiento. Esta exención se aplica solo en caso de que no se pueda contactar a ninguno de los padres/tutores en caso de una emergencia.

Parent Signature/Firma del Padre: _____

Date/Fecha: _____