



Emergency Contacts & Medical History Form

Contactos de Emergencia y Formulario de Antecedentes Medicos

(continued on back)

Grade/Grado	Male/Hombre Female/Mujer	Date of Birth/Fecha de Nacimiento	Social Security Number/ Numero Social		
Last Name/APELLIDO		First Name/Primer Nombre		Middle/Segundo Nombre	
Street Address/Domicilio		City, State, ZIP/Ciudad, Estado, Código Postal		Student Email Address/Correo Electrónico de su Estudiante	
Student Cell Phone/ Celular de Estudiante		Home Phone No./Teléfono	Other Children Living at Home/Menores viviendo en casa		
Mother's Name/Nombre de la Madre	Mother's Preferred Language/ Idioma Preferido <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español	Employer/Lugar de Empleo	Cell Phone/Celular	Work Phone/Trabajo	Would you like to receive information via text? Le gustaría recibir información via mensajes de texto. <input type="checkbox"/> Yes /Si <input type="checkbox"/> No
Father's Name/Nombre del Padre	Father's Preferred Language/ Idioma Preferido <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español	Employer/Lugar de Empleo	Cell Phone/Celular	Work Phone/ Trabajo	Would you like to receive information via text? Le gustaría recibir información via mensajes de texto. <input type="checkbox"/> Yes /Si <input type="checkbox"/> No
Mother's Email Address/Correo Electrónico de la Madre			Father's Email Address/Correo Electrónico del Padre		
First Emergency Contact (not a parent)/Primer Contacto de Emergencia (Aparte de los Padres)		Relationship/Parentesco		Home Phone/Teléfono	Cell Phone/Celular
Second Emergency Contact (not a parent)/Segundo Contacto de Emergencia (Aparte de los Padres)		Relationship/Parentesco		Home Phone/ Teléfono	Cell Phone/Celular



Emergency Contacts & Medical History Form

Contactos de Emergencia y Formulario de Antecedentes Medicos

Does your child have health insurance? ¿Tiene seguro médico el estudiante? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Insurance Provider/Nombre del proveedor de seguro médico
---	---

Doctor's Name/Doctor	Address/Dirección	Phone/Teléfono	Policy No./No. de Póliza	Phone/Teléfono	Group No./No. del Grupo
-----------------------------	--------------------------	-----------------------	---------------------------------	-----------------------	--------------------------------

Hospital Preference/Hospital de Preferencia	Address/Dirección	Phone/Teléfono	Last Medical Exam/Último Examen Médico	Doctor Who Performed Exam/Doctor que lo examine
--	--------------------------	-----------------------	---	--

List and explain in summary any medical problems or injuries the student is currently experiencing: Anote y explique cualquier problema médico o ocasiones en que se haya incapacitado recientemente:

List any medications student is currently taking: State law requires written permission from both health care provider and parent before any medication (prescribed or over the counter) can be given at school. Anote cualquier medicamento que este tomando actualmente. La ley estatal requiere un permiso por escrito del proveedor médico y del padre antes de dispensar medicamentos (recetados o no recetados) en la escuela.

Name of Medication/Medicamento	Dosage/Cantidad	How Often/Frecuencia

Does your child have a LIFE THREATENING MEDICAL CONDITION that would put them in danger without medication or treatment? ¿Tiene su hijo una condición médica de riesgo que requiere tratamiento médico durante horas de escuela? Yes/Si No
If yes, a doctor's medication/treatment order and meeting with nurse is required./Se requiere las ordenes médicas y una consulta con la enfermera de la escuela.

Does your child have any of the following health conditions? Check all that apply. De las siguientes condiciones, indique todas las que correspondan a su hijo.

Allergy to Any Foods/Alergia a Comida Specify/Especifique: <input type="checkbox"/> Y/Si <input type="checkbox"/> No	Allergy to Any Medications/ Alergia a Medicamentos Specify/Especifique: <input type="checkbox"/> Y/Si <input type="checkbox"/> No	Allergy to Bees/Alergia a Avispas <input type="checkbox"/> Y/Si <input type="checkbox"/> N	Asthma/ Asma <input type="checkbox"/> Y/Si <input type="checkbox"/> N
Hospitalized Overnight/Hospitalización <input type="checkbox"/> Y/Si <input type="checkbox"/> N	Surgery/Cirugía Specify/Especifique: <input type="checkbox"/> Y/Si <input type="checkbox"/> N	Seizures/ Ataques Cerebrales <input type="checkbox"/> Y/Si <input type="checkbox"/> N	Head Injury/ Trauma al Cráneo <input type="checkbox"/> Y/Si <input type="checkbox"/> N
Behavioral or Emotional/Problemas Emociales o de Comportamiento <input type="checkbox"/> Y/Si <input type="checkbox"/> N	Heart/ Cardíaco <input type="checkbox"/> Y/Si <input type="checkbox"/> N	Blood Pressure/ Alta-Baja Presión <input type="checkbox"/> Y/Si <input type="checkbox"/> N	Cholesterol/ Colesterol <input type="checkbox"/> Y/Si <input type="checkbox"/> N
		Spinal/ Columna Vertebral <input type="checkbox"/> Y/Si <input type="checkbox"/> N	

*****SPECIAL EMERGENCY REFERRAL INSTRUCTIONS*****

If emergency treatment is required for my child, I/We authorize the San Juan Diego Catholic High School personnel to follow area EMS regulations in caring for my child. I/We hereby release and save harmless San Juan Diego Catholic High School, all its employees and the Diocese of Austin from any and all liability arising to my child as a result of this emergency. I/We will be responsible for the payment of all expenses incurred.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

*****INSTRUCCIONES DE REFERENCIA DE EMERGENCIA ESPECIAL*****

Si mi hijo/a requiere tratamiento de emergencia, yo/nosotros autorizamos al personal de la Escuela Preparatoria Católica San Juan Diego que siga las regulaciones de EMS para atender a mi hijo/a. Yo/nosotros libero/amos y salvo/amos indemne a San Juan Diego Catholic High School, a todos sus empleados y a la Diócesis de Austin de cualquier y toda responsabilidad relativa a mi hijo/a como resultado de esta emergencia. Yo/nosotros seremos responsables de pagar todos los gastos incurridos.