

Holy Cross Church / Iglesia Santa Cruz

1740 Cliff Drive

Santa Barbara, CA 93109

EMERGENCY INFORMATION FORM / FORMA DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

(A separate form must be completed for each child. / *Esta forma debe de ser completada por cada hijo(a).*)

Child or Youth Full Name / *Nombre completo del hijo(a)*

If a parent or guardian can't be reached in an emergency, please contact: / *Si el padre, madre o guardián no pueden ser contactados en una emergencia, favor de contactar a:*

First and Last Name / *Nombre completo*

Relationship to child or youth / *Parentesco con el hijo(a)*

Emergency contact phone # / *No. de teléfono de contacto para emergencias*

Name of Family Doctor / *Nombre del médico familiar*

Phone # / *No. de teléfono*

Name of Family Dentist / *Nombre del dentista familiar*

Phone # / *No. de teléfono*

Medical Insurance Carrier / *Compañía aseguradora de salud*

Carrier Policy # / *No. de póliza*

Group # / *No. grupo*

Medical Insurance Address Information / *Dirección de la compañía aseguradora de salud*

Phone # / *No. de teléfono*

List any medical condition which restricts physical activity or requires special attention or minor adjustments. Include conditions such as asthma or allergies (e.g. peanuts, bee stings, etc.) If none, please indicate "none". / *Enumere cualquier condición médica que restrinja la actividad física o requiera atención especial o algún tipo de ajuste menor. Incluya afecciones como el asma o alergias (por ejemplo: al maní, las picaduras de abejas, etc.) Si no hay ninguna, sírvase indicar "ninguna".*

Does your child or youth take any medications? / *¿Está su hijo(a) tomando algún medicamento?* Yes / Sí No
If "yes", please provide a list. / *Si responde "sí", provea una lista de medicamentos.*

Earthquake or Disaster Release Information / Información sobre el paradero de su hijo(a) en caso de emergencia o terremoto

This section must be completed for each child or youth by a parish staff or leader, in the event of an earthquake or other disaster. / *Esta sección debe ser completada para cada hijo(a) por una persona que es empleada o líder en la parroquia, en caso de un terremoto u otro desastre.*

Name of Child or Youth #1 / *Nombre complete del hijo(a) #1*

Name of Child or Youth #2 / *Nombre complete del hijo(a) #2*

Name of Child or Youth #3 / *Nombre complete del hijo(a) #3*

Was (were) released to: / *Su hijo(a) fue(ron) entregado(a)(os/as) a:*

Date & Time: / *Fecha y hora:* _____

Location to where the child(ren) or youth was taken: / *Lugar a donde fue llevado su hijo(a):*

Parish staff or leader releasing the child: / *Empleado o líder parroquial que entregó a su hijo(a):*

PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE / FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN

By signing this form, I understand that the parish does not assume responsibility for payment of physician. However, in an emergency the parish may choose a physician. In an emergency, I give the parish permission to have my child(ren) or youth receive medical treatment. / *Al firmar esta forma, entiendo que la parroquia no asume responsabilidad financiera por los servicios de un(a) doctor(a). Sin embargo, en una emergencia, doy permiso a la parroquia para que seleccione a un doctor(a). En caso de emergencia, doy permiso para que la parroquia obtenga tratamiento médico para mi(s) hijo(s) o hija(s).*

Signature / *Firma*

Date / *Fecha*