

HEALTH EMERGENCY CARD

STUDENT'S FIRST AND LAST NAME _____ PARENT E-MAIL _____

HOME ADDRESS _____ HOME PHONE _____

Children's Names

Grade/Teacher

FATHER'S NAME _____

Where father can be reached 8 A.M. – 3 P.M. Cell # _____

Address _____

1.

2.

3.

4.

5.

MOTHER'S NAME _____

Where mother can be reached 8 A.M. – 3 P.M. Cell # _____

Address _____

AUTHORIZED ALTERNATES (Relative, Friend, Neighbor)

1. Name _____ Relationship _____

Address _____ Phone _____

2. Name _____ Relationship _____

Address _____ Phone _____

FAMILY DOCTOR IN EMERGENCY _____ Phone _____

FAMILY DENTIST IN EMERGENCY _____ Phone _____

MEDICAL CONCERNS _____

(Please fill in above information completely and return to school)

Tarjeta de salud en caso de emergencia

Apellido de estudisante _____ Correo electronico de padre _____

Domicilio _____ Telefono _____

Nombre de ninos _____ grado/maestra _____ Nombre del padre _____

Donde se puede localizer el padre de 8 A.M. – 3 P.M.

1. Domicilio _____ Telefono _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Nombre de la madre _____

Donde se puede localizer la madre de 8A.M. – 3 P.M.

Domicilio _____ Telefono _____

Alternativos autorizado (relativo, amigo, vecino)

1. Nombre _____ Relacion _____

Domicilio _____ Telefono _____

2. Nombre _____ Relacion _____

Domicilio _____ Telefono _____

Doctor de familia por una emergencia _____ Telefono _____

Dentista de familia por una emergencia _____ Telefono _____

Preocupaciones Medica _____

(Favor de llenar la informacion arriba y devolver a la escuela)