

FAMILY'S LAST NAME:  
APELLIDO FAMILIAR

ARCHDIOCESE OF LOS ANGELES  
EMERGENCY - EARTHQUAKE - DISASTER INFORMATION

FAMILY INFORMATION/INFORMACION FAMILIAR

Home address:		City:	State:	Zip:
Home Phone #: ( )	Pager # ( )	Cellular Phone # ( )	Call: 1 <sup>st</sup> 2 <sup>nd</sup> (circle)	
Mother'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

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

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

**STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO** 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 #: _____				

**STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO** 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:

**CONSENT/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** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_ **Parent/Guardian** \_\_\_\_\_