

**ENROLLMENT TEMPLATE
EMERGENCY CONTACT, PICK-UP, SIBLING & MEDICAL INFORMATION /
CONTACTOS DE EMERGENCIA, RECOGIDA DE LOS ESTUDIANTES, HERMANOS/AS E
INFORMACIÓN MÉDICA**

Student's Name/Estudiante's Nombre _____

Parent/Guardian Information		Parent/Guardian Information	
Parent's/Guardian's Last Name /Apellido de los Padres o Guardianes		Parent's/Guardian's Last Name / Apellido de los Padres o Guardianes	
Parent's/Guardian's First Name / Primer nombre de los Padres o Guardianes		Parent's/Guardian's First Name / Primer nombre de los Padres o Guardianes	
Relationship to Student / Relación con el estudiante		Relationship to Student / Relación con el estudiante	
{ } Home Phone / Teléfono de casa	{ } Work Phone / Teléfono del trabajo	{ } Home Phone / Teléfono de casa	{ } Work Phone / Teléfono del trabajo
{ } Cell Phone / Celular	Email address / Dirección de email	{ } Cell Phone / Celular	Email Address / Dirección de email
Address (include Apt. #) / Dirección (incluye el # del Apt.)		Address (include Apt #) / Dirección (incluye el # del Apt.)	
City, State and Zip Code / Ciudad, Estado y Código Postal		City, State and Zip Code / Ciudad, Estado y Código Postal	

Alternative Emergency Contacts /Contactos alternativos de emergencia

Additional Emergency Contact Name (Last Name, First Name) / Nombre de contacto adicional de emergencia (Apellido, Nombre)		Additional Emergency Contact Name (Last Name, First Name) Nombre de contacto adicional de emergencia (Apellido, Nombre)	
Relationship to Family /Relación con la familia		Relationship to Family / Relación con la familia	
{ } First Phone/ Teléfono principal	{ } Second Phone /Segundo teléfono	{ } First Phone /Teléfono principal	{ } Second Phone /Segundo teléfono
{ } Third Phone /Tercer teléfono		{ } Third Phone / Tercer teléfono	
Address / Dirección		Address / Dirección	
City, State, Zip Code / Ciudad, Estado, Código postal		City, State, Zip Code / Ciudad, Estado, Código postal	

Student Pick-Up Information/ Información de recogida del estudiante

PLEASE LIST AT LEAST THREE (3) INDIVIDUALS WHO ARE ALLOWED TO PICK UP THIS STUDENT FROM SCHOOL /
POR FAVOR, INDICUEN AL MENOS TRES (3) PERSONAS QUE TIENEN SU PERMISO PARA RECOGER AL ESTUDIANTE DE LA
ESCUELA

Name/Nombre

Phone #/ Teléfono

Relationship to Family /Relación con la familia

If there is/are person(s) who may **NOT HAVE ACCESS** to the student, please indicate here:

Si hay alguna/s persona/s que **NO DEBERÍAN TENER ACCESO** al estudiante, por favor indíquelo aquí:

Name /Nombre

Relationship to Family/Relación con la familia

Order of Protection?/¿Tiene orden de protección?

YES /Sí ☐ NO ☐YES /Sí ☐ NO ☐**Sibling Information / Información sobre hermanos**

Does the student have any siblings? / ¿Tiene el estudiante algún/a hermano/a?

Name/Nombre

DOB/Fecha de nacimiento

Current School/Escuela actual – Grade/Grado

Medical Information/ Información médica

Hospital/Clinic Preference (Clínica preferente)

Physician's Name / Nombre del/la médico

Phone Number /Número teléfono

Insurance Company / Compañía aseguradora

Policy Number /Número póliza

Insurance Company Above is: Private Insurance / Seguro privado ☐
(La aseguradora indicada es) Child Health Plus ☐

Medicaid ☐
No Health Insurance /Sin seguro médico ☐

If "No Health Insurance" check here ☐ if you are willing to share contact information from this form to learn about insurance options.

Si están "Sin seguro médico", marquen aquí ☐ si quieren compartir la información de contacto de este formulario para conocer opciones de seguros.

Does your child have any allergies?/Si tu hijo/hija alergias? Yes/Si ☐ No ☐

If yes, please list here/Si tiene alergias por favor escribe lo aqui _____

Does your child have asthma?/Si tu hijo/hija tiene asma? Yes/Si ☐ No ☐

Does your child have diabetes?/ Si tu hijo/hija tiene diabetes? Yes/Si ☐ No ☐

Does your child have any other special health considerations?/ Si tu hijo/hija tiene algun condicion especial?

Yes/Si ☐ No ☐

If yes, please list here/Si tiene algun condicion especial por favor escribe lo aqui _____

I authorize all medical and surgical treatment, X-ray, laboratory, anesthesia, and other 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 tratamientos médicos y quirúrgicos, rayos X, laboratorio, anestesia y otros procedimientos hospitalarios tal como los aplique o prescriba el médico en servicio y/o los paramédicos a mi hijo/a, y renuncio a mi derecho a dar un consentimiento al tratamiento. Esta renuncia sólo se aplicará en el caso que los padres/guardianes no se hayan podido localizar en caso de una emergencia.

Parent's/Guardian's Signature/ Firma Padres/ Guardianes

Date/Fecha