



CATHEDRAL HIGH SCHOOL

Emergency Information Form / Forma de Información de Emergencia

PLEASE PRINT/*Por Favor Deletrear*

Student's Name _____ Grade _____
Nombre de alumno *Grado*

Date of Birth _____ Social Security Number _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento *Seguro Social (To be used for Cal Grants in the student's senior year)*

Home Address _____
Domicilio

City _____ Zip _____ Home (_____) _____
Ciudad *Código Postal* *Teléfono del Hogar*

Mother/Guardian _____ Cell (_____) _____
Madre/Guardian *Teléfono Celular*

Mother's Employer _____ Work (_____) _____
Ocupación de Madre *Teléfono del Trabajo*

Mother's Email: _____
Correo electrónico de la madre

Father/Guardian _____ Cell (_____) _____
Padre/Guardian *Teléfono Celular*

Father's Employer _____ Work (_____) _____
Ocupación de Padre *Teléfono del Trabajo*

Father's Email: _____
Correo electrónico del padre

THE FOLLOWING PERSONS ARE AUTHORIZED TO PICK UP MY/OUR SON FROM SCHOOL IN CASE OF DISASTER OR EMERGENCY DURING SCHOOL HOURS. *Las siguientes personas están autorizadas para recoger mi/nuestro hijo de la escuela en caso que ocurra una emergencia o un desastre durante las horas de escuela.*

| | | |
|---|---------------------------------------|---|
| Name _____ <i>Nombre</i> | Relationship _____ <i>Relación</i> | Cell (_____) _____ <i>Teléfono Celular</i> |
| Work (_____) _____ <i>Teléfono del Trabajo</i> | | |

| | | |
|---|---------------------------------------|---|
| Name _____ <i>Nombre</i> | Relationship _____ <i>Relación</i> | Cell (_____) _____ <i>Teléfono Celular</i> |
| Work (_____) _____ <i>Teléfono del Trabajo</i> | | |

PLEASE FILL OUT BOTH SIDES AND PARENT/GUARDIAN MUST SIGN BACK OF FORM.

Doctor's Name _____ Doctor's Phone#:(_____) _____
Nombre del Médico _____ Teléfono del Médico _____

1. Any Major health problems? _____ If yes, please explain. *(El alumno tiene algún problema médico? Explique.)*

2. Does student take regular medication(s) _____ If yes, please explain. *(El alumno toma medicamento? Explique.)*

3. Permission to give medication in case of headache. *Permiso para dar medicamento en caso de dolor de cabeza.*

_____ I/we authorize Cathedral personnel to give my/our son Tylenol.
Autorizo/Autorizamos al personal de Cathedral que administren Tylenol a nuestro hijo.

_____ Please call to receive permission to administer any medication. My/our contact number during school hours is: (_____) _____. *Por favor de comunicarse conmigo/con nosotros para recibir autorización para administrar medicamento. (_____) _____.*


4. Yes _____ No _____ In case of an emergency, if the authorized doctor is not available or the family has no doctor, the school may designate a doctor. *Si no se localiza el médico autorizado o la familia no tiene médico, la escuela pueda llamar a un médico para el tratamiento del alumno.*

5. Yes _____ No _____ If the person (s) authorized to pick up my/our son is not readily available, the school may designate a responsible adult to escort my/our son home. *Si la persona(s) autorizada(s) para recoger mi/nuestro hijo no se encuentra(n), la escuela puede designar a un adulto responsable para llevar a mi/nuestro hijo a la casa.*

PICTURE ID AND SIGNATURE WILL BE REQUIRED OF ANYONE PICKING UP A STUDENT.
Se Requiere Identificación con foto de cualquier persona que recoja al alumno.

TO COMPLETE THE EMERGENCY INFORMATION FORM, YOU MUST SIGN BELOW
PARA COMPLETAR ESTA FORMA DE EMERGENCIA, DEBE FIRMAR ABAJO:



 Parent/Guardian Signature _____
Firma de Padre/Madre/Guardian

Date/Fecha: _____