

EMERGENCY MEDICAL INFORMATION

Child's Name: _____ DOB: _____

Address: _____

Father's Name: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Mother's Name: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Person to notify in an emergency and parents cannot be reached:

Name: _____ Phone: _____

Child's Doctor: _____ Phone: _____

Medical Facility the center uses: _____

Address: _____

Child's Allergies: _____

Current prescribed medications: _____

Child's special needs/conditions: _____

In the event of an emergency involving my child, and if New Victoria Baptist Church Hero Academy After School Club cannot get in touch with me, I hereby authorize any needed emergency medical care. I further agree to be full responsible for all medical expenses incurred during the treatment of my child.

Signature of Parent/Guardian

Date

Witness

Date

INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Nombre del niño: _____ DOB: _____

Dirección: _____

Nombre del Padre: _____

Teléfono de la casa: _____

Nombre de la Madre: _____

Teléfono de la casa: _____

Persona para notificar en una emergencia y los padres no pueden ser contactados:

Nombre: _____ Phone: _____

Médico del Niño:

Centro médico que utiliza el centro: _____

Dirección: _____

Alergias infantiles: _____

Medicamentos recetados actuales: _____

Necesidades/condiciones especiales del niño: _____

En el caso de una emergencia que involucre a mi hijo, y si el Programa Después de la Escuela Hero Academy de la Iglesia Bautista New Victoria no puede ponerse en contacto conmigo, por la presente autorizo cualquier atención médica de emergencia necesaria. Además, acepto ser totalmente responsable de todos los gastos médicos no asegurados durante el tratamiento de mi hijo.

_____ Signature de padre/tutor

_____ Date

_____ Witness

_____ Date