

TRINITY CATHOLIC SCHOOL
STEP TWO (PASO DOS)
FORM 3 / MEDICAL INFORMATION AND RELEASE
(FORMULARIO DE INFORMACIÓN 3 / MÉDICO Y LIBERACIÓN)

This permission authorization is valid from August 21, 20__ through June 30, 20__, inclusive.

Este permiso de la autorización es válida desde el 21 de agosto de 20__ al 30 de junio del 20__, ambos inclusive.

Student Name _____ **D.O.B.** _____
Nombre del estudiante Fecha de Nacimiento

Address _____
Dirección

City _____ **State** _____ **Zip** _____ **Home Phone** _____
Ciudad Estado Código postal Teléfono de la casa

Mother's name _____ **Work/Cell phone** _____
Nombre de la madre Teléfono del Trabajo / Celular

Father's name _____ **Work/Cell phone** _____
El nombre del padre Teléfono del Trabajo / Celular

Nearest relative or friend (easiest to contact)
Pariente más cercano o un amigo (el más fácil de contactar)

_____ **Home phone** _____ **Work / Cell phone** _____
Teléfono de casa Trabajo / Celular

_____ **Home phone** _____ **Work / Cell phone** _____
Teléfono de casa Trabajo / Celular

Insurance company _____
Compañía aseguradora

Policy number _____
Número de la póliza

Contact person (if applicable) _____
Persona de contacto (si es aplicable)

Medical Information _____
Información Médica

Allergies: _____
Alergias

Medicine Allergies: _____
Medicamentos para las alergias

Food Allergies: _____
Alergias de alimentos:

Date of last Tetanus shot: _____
Fecha de la última vacuna del tétanos:

Personal medical information:
Información médica personal:

Restrictions:
restricciones:

In the event that I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to the physician and/or hospital and its medical staff selected by _____ to hospitalize, secure proper anesthesia, or to order injection or surgery for _____ (Name of son/daughter).

En el caso de no poder ser contactado en caso de emergencia, doy permiso al médico y / o en el hospital y al personal médico seleccionado por _____ a hospitalizar, asegurar la anestesia adecuada, o solicitar la inyección o cirugía para _____. *(Nombre de la hija-hijo)*

Signature of parent- Firma del papa

Date-Fecha

Notarized by: _____ on _____
Notariado por : _____ en _____

Title:
Título

My Appointment Expires: _____
Mi nombramiento expira:

