

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 Father (Firma de Papa)

Signature of Mother (Firma de la Mama)

Printed Name of Father
(Nombre impreso del Nombre del Padre)

Printed Name of Mother
(Nombre Impreso del Nombre de la Madre)

Full Address of Parents:
(Dirección completa de los padres)