**Child’s Health and Emergency Information / Información del Niño de Salud y Emergencia**

(To be completed by the child’s parent or guardian / Para ser completado por el padre o tutor del niño)

Date of Enrollment / Fecha de inscripción:

Child’s Name/Nombre del Niño Birthdate/ Fecha De Nacimiento:

Child’s Home Address/Domicilio del Niño:

**Contact First/ Contactar Primero:**

Parent/Guardian Name/Nombre del Padre/Tutor:

Phone: Cell? Home?/Teléfono? Teléfono móvil? Teléfono de la casa?

Email/ Correo electrónico:

**Contact Second/Contacto Segunda:**

Parent/Guardian Name/Nombre del Padre/Tutor:

Phone: Cell? Home?/Teléfono? Teléfono móvil? Teléfono de la casa?

Email/ Correo electrónico:

Person(s) name and number responsible for pickup and delivery:

Persona (s) nombre y número de los responsables de recojer y entregar:

Other person(s) allowed to pick up child/ Otra persona ( s ) permitido para recoger al niño :

**In case of emergency when a parent cannot be reached, please notify/** **En caso de emergencia, cuando no se encuentra a uno de los padres, por favor notifique a:**

1. Name/Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone/Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship/Relacion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Name/Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone/Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship/Relacion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Name/Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone/Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship/Relacion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Please give specific instructions if your child needs special assistance, equipment, or materials to participate in activities/ Por favor, dará instrucciones específicas si su hijo necesita asistencia especial, equipo o materiales para participar en las actividades:

List any allergies your child may have/ Indique cualquier alergia que el niño pueda tener:

Other important information about your child/ Otra información importante acerca de su hijo:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medical Care Information/** **Información de Atención Médica**    **My Child’s Physician is/** **Médico de mi hijo es:** | | | |
| Physician’s Name/ Nombre del Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| Physician’s Address/ Dirección del Médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| Telephone Number/ Número Telefónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

# Authorization for Emergency Medical Care/ Autorización para la Atención Médica de Emergencia

In case of accident or illness requiring medical attention, the undersigned authorizes A+ Preschool teachers to call a health care provider or to take my child (child’s name) to the nearest hospital or doctor; and it is understood that if possible, his services will be obtained. If neither parents nor preferred health care provider can be contacted, A+ Preschool is authorized to contact another health care provider. It is also understood that this agreement covers only those situations which, in the best judgment of the child care provider, are true emergencies.

En caso de accidente o enfermedad que requiera atención médica, el abajo firmante autoriza a profesores de A+ Preschool para llamar a un proveedor de atención médica o para llevar a mi hijo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del niño) al hospital o al médico más cercano; y se entiende que si es posible, se obtendrán sus servicios. Si ni los padres ni el médico preferido pueden ser contactados, A + Preescolar está autorizado a ponerse en contacto con otro proveedor de atención de la salud. También se entiende que este acuerdo se refiere únicamente a aquellas situaciones que, en el mejor juicio del proveedor de cuidado infantil, son verdaderas emergencias.

**My hospital preference is/** **Mi preferencia hospital es:**

Name/Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address/ Dirección del Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telephone Number/ Número Telefónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I agree to be responsible for the cost of such emergency medical care.

Estoy de acuerdo en ser responsable por el costo de la atención médica de urgencia .

Parent(s)/ Guardian(s)/Padres/Tutores Date/Fecha

Parent(s)/ Guardian(s)/Padres/Tutores Date/Fecha