

ST. COLETTE PARISH | PARROQUIA DE SANTA COLETTE

Religious Education | Programa de Educación Religiosa

Medical Information Authorization for Medical Treatment

In the event that the undersigned or my authorized physician, cannot be reached and in the judgement of Carlos A. Roman or his authorized representative, or any other staff member of St. Colette Parish, there is a necessity for immediate examination and/or treatment of my (our) child, I (we) hereby authorize any of the aforesaid personnel to obtain for my (our) child such medical services as are deemed necessary.

This release and authorization is valid for September 1, 2020 through August 31, 2021.

Parent/Guardian's Name

Phone Number

Parent/Guardian's Name

Phone Number

Physician's Name

Phone Number

Physician's Address

Medical Insurance Company

Policy and ID number

Other contact person in case of emergency:

Name

Tuesday PM Phone

Relationship

Parent or Guardian's Signature

Date

Name of Child (<i>Last name if different</i>)	Grade	Allergies, Medications, Significant Medical Conditions	Last Tetanus Shot
1.			
2.			
3.			
4.			

ST. COLETTE PARISH | PARROQUIA DE SANTA COLETTE

Religious Education | Programa de Educación Religiosa

Información Medica Autorización Para Tratamiento Medico

En el evento de que yo o mi (nuestro) medico no podrá ser localizados y la decisión de Carlos A. Roman o cualquier representante autorizado, o cualquier miembro del equipo de Santa Colette vea que hay necesidad para examen o tratamiento de emergencia a me (nuestro) niño/a, Yo autorizo que mi (nuestro) niño/a sea atendido para servicios médicos que son necesarios.

Esta liberación y autorización es válido a partir del 1 de septiembre 2020 hasta 31 de agosto del 2021.

Nombre de padre o guardián

Número de Teléfono

Nombre de padre o guardián

Numero Teléfono

Nombre del doctor

Teléfono del doctor

Dirección del doctor

Compañía de seguro

Numero de póliza o ID

Otra persona que podamos contactar en caso de emergencia

Nombre

Teléfono martes por la noche

Relación

Firma de padre o guardián

Fecha

Nombre del niño/a (y apellido si es diferente)	Grado	Condiciones medicales que son importantes, alergias, medicamentos	Fecha de última vacuna para tétanos
1.			
2.			
3.			
4.			