



# QUEEN of the UNIVERSE

---

## C a t h o l i c S c h o o l

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION**  
INFOMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

**ACADEMIC YEAR** \_\_\_\_\_  
AÑO ACADEMICO

### FAMILY INFORMATION

Family Name: \_\_\_\_\_  
Nombre de familia

Children's Names Nombre de los Niños	Grade Grado	Allergies Alergias
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Mother/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre/Tutor Celular

Work Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajo Correo Electronico

### EMERGENCY CONTACTS

**Additional adults who would be available in the event of a child's illness or emergency:**  
Adultos adicionales que estarían disponibles en caso de enfermedad o emergencia de un niño

Name Nombre	Cell # Celular	Relationship to Child Relación con el estudiante
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



# QUEEN of the UNIVERSE

---

## C a t h o l i c S c h o o l

### MEDICAL INFORMATION

Pediatrician Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Nombre del pediatra \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Preferred Hospital in the event of an emergency: \_\_\_\_\_  
Hospital de preferencia en caso de emergencia \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

#### Medication: Medicamento

**1. Student Name/Nombre del Estudiante** \_\_\_\_\_ **Grade/Grado** \_\_\_\_\_

Allergies/Chronic illnesses-Alergias/Enfermedades Crónicas \_\_\_\_\_ Medications/Dosage-Medicamentos/Dosificación \_\_\_\_\_

Does medication need to be administered at school? Yes No  
¿Es necesario administrar medicamentos en la escuela?

Prescription on file in school office? Yes No  
¿Prescripción archivada en la oficina?

**21. Student Name/Nombre del Estudiante** \_\_\_\_\_ **Grade/Grado** \_\_\_\_\_

Allergies/Chronic illnesses-Alergias/Enfermedades Crónicas \_\_\_\_\_ Medications/Dosage-Medicamentos/Dosificación \_\_\_\_\_

Does medication need to be administered at school? Yes No  
¿Es necesario administrar medicamentos en la escuela?

Prescription on file in school office? Yes No  
¿Prescripción archivada en la oficina?

**31. Student Name/Nombre del Estudiante** \_\_\_\_\_ **Grade/Grado** \_\_\_\_\_

Allergies/Chronic illnesses-Alergias/Enfermedades Crónicas \_\_\_\_\_ Medications/Dosage-Medicamentos/Dosificación \_\_\_\_\_

Does medication need to be administered at school? Yes No  
¿Es necesario administrar medicamentos en la escuela?

Prescription on file in school office? Yes No  
¿Prescripción archivada en la oficina?