



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
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

I have granted authorization for Queen of the Universe School to contact 911 in the event of a medical emergency.
Signature: _____

Turnover



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?