

**FORM 7 - MEDICAL INFORMATION AND RELEASE**  
**FORMATO 7 - INFORMACIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN**

**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 phone \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa Teléfono del trabajo

\_\_\_\_\_ Home phone \_\_\_\_\_ Work phone \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa Teléfono del trabajo

**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

**Allergy Medications:** \_\_\_\_\_  
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 it's 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 hijo/a)

\_\_\_\_\_  
**Signature of Father or Mother**

Firma de la mama o Firma del papa

\_\_\_\_\_  
**Date**

Fecha

Notarized by \_\_\_\_\_

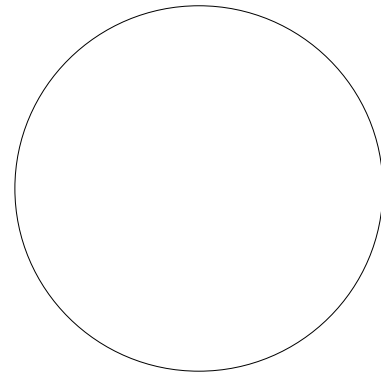
Notariado por

on \_\_\_\_\_

en

My Appointment Expires: \_\_\_\_\_

Mi nombramiento expira:



Notary Seal