

Student's Last Name/ Apellido del Estudiante		First Name/ Primer Nombre		Middle I./ Inicial	Legal Name, if Different/ Nombre Legal, si es Diferente			Sex/ Sexo	Birth Date/ Fecha de Nacimiento	Grade/ Grado	Room #/ Salón
Address/ Dirección					City/ Ciudad			Zip Code/ Código Postal			
Name of Person Student Lives With (Circle relationship to student: Father, Stepfather, Foster, Group Home) Nombre de la persona con la cual vive el estudiante (Parentesco - Padre, Padrastro, Cuidado Temporal, Convivir Juntos "Group Home")					Telephone/ Teléfono			Language Spoken At Home Other Than English/ Lenguaje Hablado en el Hogar que no sea Inglés:			
					Work/ del Trabajo						
					Home/ del Hogar						
Name of Person Student Lives With (Circle relationship to student: Mother, Stepmother, Foster, Group Home) Nombre de la persona con la cual vive el estudiante (Parentesco - Madre, Madrastra, Cuidado Temporal, Convivir Juntos "Group Home")					Telephone/ Teléfono			Cell Phone/ Teléfono celular			
					Work/ del Trabajo						
					Home/ del Hogar						
Other Children In Family/ Otros Niño(as) en la Familia		Age/ Edad	Grade/ Grado	School/ Escuela	Other Children In Family/ Otros Niño(as) en la Familia		Age/ Edad	Grade/ Grado	School/ Escuela		

In case of illness, injury or natural disaster, when I cannot be reached, my child may be released to the following people:  
 En caso de enfermedad, lesión, a desastre natural, cuando no pueda comunicarse conmigo, mi niño(a) puede ser entregado/a:

Name/ Nombre	Telephone/ Teléfono	City/ Ciudad	Relationship/ Relación
Name/ Nombre	Telephone/ Teléfono	City/ Ciudad	Relationship/ Relación

Health Problems/ Problemas de Salud

My child is on medication/ Mi niño(a) está tomando medicina:  YES  NO

If YES, please explain briefly/ Si contestó que si, por favor explique:

Special Instructions or Restrictions/ Instrucciones o Restricciones Especiales

Family Doctor (if you do not have a family doctor, you may write "any doctor")/ Médico familiar (si no tiene un médico de familia escriba "cualquier médico")	Telephone/ Teléfono	Family Dentist/ Dentista	Telephone/ Teléfono

Parent E-Mail/Correo electrónico	In case of emergency and I cannot be reached, I give my consent to have such attention given this child as may be thought necessary by the physician or practitioner in charge. <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (check one)	If any of the above information changes, I will report it within 24 hours to the Attendance Office and Health Office at my child's school.
	Parent/Guardian Signature _____ Date _____	
	En caso de emergencia y no pueda comunicarse conmigo autorizo al doctor o al encargado a que asistan a mi hijo(a) como sea necesario. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (marque uno)	Si la información mencionada cambia en 24 horas, por favor notificar a la oficina de asistencia o de salud de la escuela de su hijo(a).
	Firma del Padre/tutor _____ Fecha _____	