

**DAVILA DAY SCHOOL
STUDENT INFORMATION CARD**

PLEASE PRINT

Child's Name: _____

Birthdate: ____/____/____

Home Address: _____

Telephone: _____

Mother's/Guardian's Name: _____

Day Phone: _____

Mother's Email: _____

Work Phone: _____

Father's/Guardian's Name: _____

Day Phone: _____

Father's Email: _____

Work Phone: _____

Persons other than Parent/Guardian who may pick up child:

Name: _____

Telephone: _____

Name: _____

Telephone: _____

Name: _____

Telephone: _____

List any health problems: _____

List any medications: _____

Doctor's Name: _____

Telephone: _____

Date: ____/____/____ Parent/Guardian's Signature: _____

AUTHORIZATION FOR TREATMENT OF MINORS

PARENTS: This form signed by you authorizes emergency medical treatment for a minor child in case of necessity. Should it be necessary for you to be away from home, this form can authorize the person charged with the care of your child to act for you.

PLEASE PRINT

(I/We), the undersigned parents of _____, a minor, do hereby authorize employees of Davila Day School, Chula Vista Elementary School District, San Diego County Office of Education, and/or any hospital located in San Diego County as agent(s) for the undersigned, in advance of any specific diagnosis, to any x-ray examinations, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is rendered under the general or special supervision of any physician or surgeon licensed under the provisions of the Medicine Practice Act on the medical staff of any hospital in San Diego County, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at said hospital.

This authorization is given pursuant to the provisions of Section 25.8 of the Civil Code of California and shall remain in effect, unless sooner revoked in writing to said agent(s), until the end of the current school year.

It is further understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required, and we hereby do give specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which the aforementioned physician or surgeon in the exercise of his best judgment may deem advisable. We understand that neither, Davila Day School, Chula Vista Elementary School District, San Diego County Office of Education, physician, surgeon, nor hospital involved assumes any financial responsibility for exercising this action.

PARENT / GUARDIAN PRINTED NAME _____

PARENT / GUARDIAN SIGNATURE _____ Date: _____

It is helpful to have the following information in order to expedite paperwork necessary for treatment:

Insurance Carrier: _____

Name of Insured: _____

Policy Number: _____ Social Security Number: _____ - _____ - _____

DAVILA DAY SCHOOL
TARJETA DE INFORMACION DEL ESTUDIANTE

FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENA

Nombre del Alumno(a): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Telefono: _____

Nombre de la Madre (o Tutora): _____ Telefono en el día: _____

Correo Electrónico de la Madre: _____ Telefono a Trabaja: _____

Nombre de la Padre (o Tutor): _____ Telefono en el día: _____

Correo Electrónico del Padre: _____ Telefono a Trabajo: _____

Personas otras que no sean los Padres (o Tutores) que puedan recoger a su niño(a):

Nombre: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Telefono: _____

Enumere cualquier problema de salud: _____

Enumere cualquier medicina que tenga que tomar regularmente: _____

Nombre su Doctor: _____ Telefono: _____

Fecha: ____/____/____ Firma del Padre (o Tutor): _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO A MENORES

PADRES DE FAMILIA: Este forma firmada por ustedes da autorizacion para tratamiento medico de emergencia para un menor de edad si se llegara a necesitar. En caso que ustedes tuvieran que estar fuera de su casa, esta forma pued autorizar a la persona que este a cargo del cuidado de su niño/a para actuar por ustedes.

FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENA

(Yo)(Nosotros), cuya firma aparece abajo, Padre(s) o Tutor(es) de _____, un menor, por medio de esta autorizo a los empleados del Davila Day School, Distrito Escolar Primaio De Chula Vista, San Diego County Office of Education, o a cualquier examen con rayos X, anesthesia, diagnostico medico o quirurgico o tratamiento y hospitalizacion que sea aconsejable y que vaya a ser llevada a cabo bajo la supervision general o especial de un medico o cirujano autorizado bajo la Ley par Ejercer Medicina y que forma parte del personl medico de qualquier hospital del Condado del Condado de San Diego, Siempre que tal diagnostico o tratamiento sea hecho en el consultorio del medico en cuestion o del hospital antes mencionado.

Este autorizacion es dada de acuerdo con lo provisto en la Seccion 25.8 delCodigo de California y debera permancer en vigor hasta el fin del año escolar en curso, a menos que sea anulada antes por escrito y entregada a los agentes antes citados.

Asimismo queda entendido que esta autorizacion es dada por anticipado y antes de establecerse diagnostico especifico, tratameiento o hopsitalizacion que sean requeridos, y nosotros por ested medio damos consentimiento para alguno o todos los diagnosticos, tratamientos o hospitalizacion que acuerdo con el mayor criterio del medico o cirujano antes mencionado sea mas aconsejable. Entendemos que ni el Davila Day School, Distrito Escolar Pirmerio de Chula Vista, San Diego County Office of Education, ni el medico, ni el cirujano, or el hospital asumen reponsabliidad financiera alguna al llevar a cabo esta accion.

PADRE / TUTOR ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE IMPRENTA _____

PADRE / TUTOR FIRMA _____ FECHA: _____

It is helpful to have the following informacion in order to expedite paperwork necesario para tratamiento:

Nombre del Seguro Medico: _____

Nombre de la Persona Asegurado: _____

Numero de la Poliza: _____ Numero de su Seguro Social: _____ - _____ - _____