

Nogales Unified School District No. 1  
Emergency Contact Information and Consent Form

Students Legal Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Physical Address: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Information

Father: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
Employer: \_\_\_\_\_ Work/Day Phone: \_\_\_\_\_  
Mother: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
Employer: \_\_\_\_\_ Work/Day Phone: \_\_\_\_\_  
Guardian: \_\_\_\_\_ Day Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Emergency Contacts

*(to whom child may be released if Parent/Guardian is unavailable, Parent/Guardian will be contacted prior to the ones below)*

Emergency Contact #1  
Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Emergency Contact #2  
Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Emergency Contact #3  
Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Medical Information

Does child have insurance coverage?  Yes  No Name of Insurance Company: \_\_\_\_\_

Health Care Provider: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Name/Clinic

Does child have any Allergies?  Yes  No

If Yes, provide description:

Does child take special medication?  Yes  No

If Yes, provide name of medication and instructions:

If necessary my child may be given over the counter medication such as:

Tylenol      Cough Drops  
Antacid      Anbesol  
Motrin/Ibuprofen      Benadryl

Yes  No

Other Special Medical Considerations:

I give permission for District personnel to transport student to Doctor/Hospital in case of emergency or, if the District deems it necessary, to arrange for emergency transport of my child by ambulance:  Yes  No

If No, instructions for emergency care:

As Parent/Guardian, I consent to have my child receive first aid administered by District staff if necessary. In the event that my child needs to be transported by a third party, such as an ambulance or other emergency transportation provider, for emergency care, I will be responsible for the cost of transportation and all related charges. I consent for the emergency contact person listed above to ACT ON MY BEHALF until I am available. I agree to review and update this information whenever a change occurs and at the start of each School Year.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nogales Unified School District No. 1  
Información de Contacto y formulario de consentimiento

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
domicilio: \_\_\_\_\_ Numero de tele: \_\_\_\_\_

**Información de padre/guardian**

Padre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
Empleo: \_\_\_\_\_ Work/Day Phone: \_\_\_\_\_  
Madre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
Empleo: \_\_\_\_\_ Work/Day Phone: \_\_\_\_\_  
Guardián/tutor: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia**

*(A quien se concede autorización en caso si padre/tutor no está disponible, debe tener 18 años de edad o más, el padre/tutor será contactado antes de los que aparecen a continuación)*

Contacto de emergencia #1  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia #2  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia #3  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

**Información médica**

Tiene seguro medico  Si  No Nombre de compañía del seguro: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Niño sufre algún tipo de alergia  Si  No  
Si si facilite una descripción:

Toma medicación especial?  Si  No  
Si si suministre el nombre y las instrucciones:

Si es necesario mi niño puede ser dado a través de la medicación como contador:  Si  No

Otras consideraciones médicas especiales:

Tylenol                      Cough Drops  
Antacid                      Anbesol  
Motrin/Ibuprofen              Benadryl

Doy permiso al personal del Distrito para transporte del estudiante al Médico/Hospital en caso de emergencia o si el Distrito considera que es necesario para organizar el transporte de emergencia a mi hijo en ambulancia:  Si  No

Si no, las instrucciones para la atención de emergencia:

Como padre/tutor, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba primeros auxilios administrados por la personal del distrito si es necesario. En el caso de que mi hijo tenga que ser transportado por una tercera parte, como una ambulancia u otros transportes de emergencia médica, para la atención de emergencia, y yo me hare responsable de todos gastos que este incidente ocasiona. Doy mi consentimiento a la persona de contacto de emergencia enumerada anteriormente para ACTUAR EN MI NOMBRE hasta que esté disponible. Estoy de acuerdo en revisar y actualizar esta información cuando se produce un cambio y al inicio de cada año escolar.

Firma Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_