

First Baptist Church

Emergency Contact and Medical Information for a Chile Contacto de la emergencia e información médica para un niño

Name/ Nombre		Date of Birth/ Fecha de nacimiento	M F Sex
Parent's/Guardian's Name Padre/ Guarda Nombre ()	Parent's/Guardian's Name Padre/ Guarda Nombre ()	Home Phone/ Teléfono de Casa	Work Phone/ Teléfono de Trabajo
Street Address/ Domicilio		Street Address/ Domicilio	
City ST ZIP Code/Ciudad EST. Código Postal		City, ST ZIP Code/ Ciudad EST. Código Postal	

Alternative Emergency Contacts/ Contactos Alternativos De la Emergencia

Primary Emergency Contact/ Contacto Primario De la Emergencia ()		Secondary Emergency Contact/ Contacto Secundario De la Emergencia ()	
Home Phone/ Teléfono de Casa	Work Phone/ Teléfono de Trabajo	Home Phone/ Teléfono de Casa	Work Phone/ Teléfono de Trabajo
Address/ Domicilio		Address/ Domicilio	
City ST ZIP Code/Ciudad EST. Código Postal		City ST ZIP Code/Ciudad EST. Código Postal	

Medical Information/ Información Médica

Hospital/Clinic Preference	Preferencia De Hospital/Clinic
Physician's Name/ Nombre Del Médico	Phone Number/ Número De Teléfono
Insurance Company/ Compañía De Seguros	Policy Number/ Número De la Política
Allergies/Special Health Considerations Salud De Allergies/Special	

Autorizo todo el tratamiento médico y quirúrgico, la radiografía, el laboratorio, la anestesia, y otros procedimientos médicos y/o del hospital como se puede realizar o prescribir por el médico y/o los paramedics el atender para mi niño y renunciar la mi derecha al consentimiento informado del tratamiento. Esta renuncia se aplica solamente en el uniforme que ninguno de los dos parent/guardian se puede alcanzar en el caso de una emergencia.

Parent's/Guardian's Signature	Date
Doy el permiso para que mi niño vaya en disparos al campo. Lanzo a primera iglesia e individuos de Bautista de responsabilidad en caso de que de accidente durante actividades se relacionara con la primera iglesia de Bautista, tan de largo como se han tomado los procedimientos de seguridad normales.	
Parent's/Guardian's Signature	Date
Witness Signature	Date