



DESERT MIRAGE HIGH SCHOOL ATHLETICS - STUDENT EMERGENCY CARD
 IF THERE IS A CHANGE IN THE INFORMATION, I WILL NOTIFY THE SCHOOL IMMEDIATELY

FOR OFFICE USE ONLY:
 Lunch: A B C
 ID# _____ Bus I.D. _____

Name _____ M ___ F ___ Grade ___ Room ___ Teacher _____
 Language _____ Birthdate: ___/___/___ Birthplace: _____
 Home Address: _____ Home Phone: _____
 Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
 Father/Guardian: _____ Occupation: _____ Work Phone: _____
 Mother/Guardian: _____ Occupation: _____ Work Phone: _____

IN THE EVENT OF AN EMERGENCY SITUATION WHERE MY CHILD IS UNABLE TO REMAIN IN SCHOOL AND I AM NOT AVAILABLE, I AUTHORIZE THE SCHOOL TO CONTACT AND IF NECESSARY RELEASE MY CHILD TO:

1 st Emergency Contact	Relationship	Address	City	State	Zip	Phone
2 nd Emergency Contact	Relationship	Address	City	State	Zip	Phone
Out of Area Contact	Relationship	Address	City	State	Zip	Phone

Student is on medication: Yes No Medication: _____
 Any health problems: Diabetes Asthma Seizure Cardiac Allergies Other _____
 Allergies to Medications: Yes No If yes, what kind: _____
 Physician: _____ Address: _____ Phone: _____
 Health Insurance _____

I authorize the disclosure of health information to school personnel as needed for the health & safety of my child

Siblings:	Name	School	Grade	Age	Name	School	Grade	Age
1)					3)			
2)					4)			

I GIVE MY CONSENT FOR EMERGENCY OR DENTAL TREATMENT; INCLUDING TRANSPORTATION TO THE NEAREST EMERGENCY AID FACILITY, IF THE PERSONS LISTED ABOVE CANNOT BE REACHED.

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____



DESERT MIRAGE HIGH SCHOOL ATHLETICS - TARJETA DE EMERGENCIA
 SI HAY CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN, NOTIFICARE A LA ESCUELA INMEDIATAMENTE

FOR OFFICE USE ONLY:
 Lunch: A B C
 ID# _____ Bus I.D. _____

Nombre _____ M ___ F ___ Grado ___ Salón ___ Maestro _____
 Idioma _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Lugar de Nacimiento: _____
 Domicilio del Hogar: _____ Teléfono de Casa: _____
 Domicilio Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
 Padre/Tutor: _____ Oficio: _____ Teléfono de Empleo: _____
 Madre/Tutor: _____ Oficio: _____ Teléfono de Empleo: _____

EN UNA EMERGENCIA O SITUACIÓN EN QUE MI HIJO/A NO PUEDA PERMANECER EN LA ESCUELA Y NO PUEDAN LOCALIZARME, AUTORIZO QUE LLAMEN A, Y SI ES NECESARIO DEJEN SALIR A MI HIJO/A CON:

1 ^{er} Contacto de Emergencia	Parentesco	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal	Teléfono
2 ^{do} Contacto de Emergencia	Parentesco	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal	Teléfono
Contacto fuera del área	Parentesco	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal	Teléfono

¿Está el estudiante bajo medicamento?: Sí No Medicamento: _____
 Problemas de Salud con: Diabetes Asma Convulsión Cardíaco Alergias Otro _____
 Alergico a Medicinas: Sí No Si sí, que tipo: _____
 Médico: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Seguro de Salud _____

Autorizo que se divulgue la información médica al personal escolar como sea necesario para la salud y bienestar de mi hijo/a

hermanos:	Nombre	Escuela	Grado	Edad	Nombre	Escuela	Grado	Edad
1)					3)			
2)					4)			

YO MI CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO O DENTAL DE EMERGENCIA, INCLUYENDO TRANSPORTE A LA INSTALACIÓN DE EMERGENCIA MAS CERCANA, SI LAS PERSONAS MENCIONADAS ARRIBA NO SE PUEDEN LOCALIZAR.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____