

**EMERGENCY CARE INFORMATION FORM**  
**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA**  
**(CB & HB)**

All blanks must be completed

Child: \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_ Class/Area # \_\_\_\_\_  
*Nino* fecha de nacimiento Salon/Area

Parents: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Padres (name/Nombre) (address/dirección)

Parent's Phone # (home) \_\_\_\_\_ (work) \_\_\_\_\_  
*Numero de Telefono de Padres (de casa)* (trabaja)

**\*\*Best Way to Contact you? (circle) Phone call Text Message Email Other \_\_\_\_\_**  
¿La mejor manera de ponerse en contacto con usted? (círculo) Llamada telefónica Mensaje de texto Correo electrónico Otro

Emergency Contact Person \_\_\_\_\_ ph # \_\_\_\_\_  
*Persona def contacto de la Emergencia* numero de telefono

Physician \_\_\_\_\_ ph # \_\_\_\_\_  
*Medico* numero de telefono

Dentist \_\_\_\_\_ ph # \_\_\_\_\_  
*Dentista* numero de telefono

Hospital \_\_\_\_\_ ph # \_\_\_\_\_  
numero de telefono

Ambulance # \_\_\_\_\_ Police # \_\_\_\_\_  
*Ambulancia* *Policia*

Medical Alerts: \_\_\_\_\_  
*Alertas médicas* (must be the same as *Medical Alert Form*)

Medication Allergy: \_\_\_\_\_  
*Alergia a medicamentos*

Other Allergies: \_\_\_\_\_  
*Otras alergias*

**I give PACT consent for the following items marked "yes":**  
*Doy el consentimiento a PACT para los pun/os siguientes marcados "si"*

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Secure EMERGENCY medical care for my child when I/we cannot be immediately reached at the time of  
*Si No* emergency. I/we will be responsible for the emergency medical charges upon receipt of the statement.  
The preferred doctor/clinic/hospital is listed above. *Asegurar la atención médica de EMERGENCIA para mi hijo cuando no se pueda contactar conmigo/nosotros inmediatamente en el momento de la emergencia.*

Foster \_\_\_  \*  
*Adoptiva*

Yes \_\_\_ No \_\_\_ To administer prescribed medicine to my child as specified in written instructions on *Medication* form.  
*Si No Administrar medicina prescritida a mi niiio como especificado en las instrucciones escritas en /aforma de Medicacion*

Yes \_\_\_ No \_\_\_ To administer patent medicine to my child as specified in written instructions on *Medication* form **AND** a written,  
*Si No* signed statement from a physician. *Para adminislrar medicina palente a mi niiio coma especificado en instrucciones es'critas en la forma de Medicación y una declaración escrita y firmada de un medico.*

Signature parent/guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Firma de padre/guardian* fecha

\* \_\_\_ *Foster Child - no signature needed for this item. Must call DCFS Acting Agent at time treatment is needed.*  
ph # \_\_\_\_\_

FA: Distributes copies:  
\_\_\_\_ Bus Driver \_\_\_\_ Family Advocate \_\_\_\_ Site Supervisor (DCFS file) \_\_\_\_ Emails to Health Coordinator  
Original to Teacher for H & S Notebook \_\_\_\_ Teacher File