

## Summer Wonders 2008 Health and Emergency Information

Student Name _____	M _____	F _____	Grade _____
Nombre del estudiante _____			Grado _____
Address _____			Date of Birth _____
Domicilio _____			Fecha de Nacimiento _____
City - Zip Code _____			Phone _____
Ciudad - Zona Postal _____			Teléfono _____
Parent/Guardian Names _____			
Nombre de los padres o guardianes _____			
Mother's Work Number _____		Cell Number _____	
Teléfono de casa de la madre _____		teléfono celular _____	
Father's Work Number _____		Cell Number _____	
Teléfono de casa del padre _____		teléfono celular _____	
Emergency Contact (1) Name _____		Relationship _____	
En caso de emergencia avisar _____	Nombre _____	Relación _____	
Home Phone _____	Work Phone _____		Cell _____
Teléfono de casa _____	teléfono del trabajo _____		teléfono celular _____
Emergency Contact (2) Name _____		Relationship _____	
En caso de emergencia avisar _____	Nombre _____	Relación _____	
Home Phone _____	Work Phone _____		Cell _____
Teléfono de casa _____	teléfono del trabajo _____		teléfono celular _____

### MEDICAL INFORMATION

Student Name \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Health Problems \_\_\_\_\_

Problemas de salud \_\_\_\_\_

Seizures _____	Diabetes _____	Asthma _____
Ataques _____	Diabetes _____	Asma _____

Allergias \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Medications \_\_\_\_\_

Medicinas \_\_\_\_\_

Surgeries/Hospitalizations \_\_\_\_\_

Operaciones/Hospitalizaciones \_\_\_\_\_

Vision Problems _____	Wears glasses/Contacts _____
Problemas Visuales _____	Usa Anteojos/contactos _____
Hearing Problems _____	Wears aids _____
Problemas Auditivos _____	Usa aparato auditivo _____

Other Health Concerns \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

Doctor's Name \_\_\_\_\_ Phone No. \_\_\_\_\_

Nombre del doctor \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Parent Signature & Date \_\_\_\_\_

Firma de los padres y fecha \_\_\_\_\_