



Emergency Information			
Student's First & Last Name:		DOB (mm/dd/yyyy):	Grade:
Student's Address (U.S. only) :		City:	State: Zip Code:
Mother's First & Last Name:	Home Phone #:	Cell Phone #:	Work Phone #:
Father's First & Last Name:	Home Phone #:	Cell Phone #:	Work Phone #:
Guardian's First & Last Name:	Home Phone #:	Cell Phone #:	Work Phone #:
Emergency Contact First & Last Name: (must be someone other than parent or guardian)		Phone #:	Relationship to Student:
First & Last Name of Student's Doctor:		Doctor's Office Phone #:	

Continuing Consent to Treat 2017-2018 School Year

We, the undersigned parents/guardians of _____ a minor, do hereby consent to any x-ray examination, anesthesia, a medical or surgical diagnosis or treatment that any hospital service may render to said minor under the general or special instructions of North Dallas Adventist Academy personnel, whether said diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician/dentist or at a licensed hospital.

It is understood that this consent is given in advance of any specific diagnosis or treatment being required, but is given to encourage the school personnel and said physician/dentist to exercise his/her best judgment as to requirements of such diagnosis or treatment.

It is also understood that every possible attempt will be made to contact the parents first. Only in case of extreme emergency and failure to be able to contact the parents/guardians will this apply.

Is there an illness, ailment, or condition that we should be made aware of? (i.e. allergies, asthma, diabetes, etc.)

Input for consent options: No, Yes - Please explain: (List any medications the student is on.)

Parent/Guardian Signature Date



Informacion de Emergencia			
Nombre y Apellido de Estudiante:		DOB (mm/dd/yyyy):	Grado:
Direccion del Estudiante (U.S. solamente) :	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Nombre y Apellido de la Madre:	Telefono de Casa #:	Celular #:	Telefono del trabajo #:
Nombre y Apellido del Padre:	Telefono de Casa #:	Celular #:	Telefono del trabajo #:
Nombre y Apellido de Guardian:	Telefono de Casa #:	Celular #:	Telefono del trabajo #:
Nombre y Apellido de persona de emergencia: (debe de ser alguien aparte de padres o guardian)		Telefono #:	Relacion al estudiante:
Nombre y Apellido del Doctor del Estudiante:		Telefono de la oficina del doctor #:	

Continuacion para Consentimiento para Tratar – Año Escolar de 2017-2018

Nosotros, los padres/guardianes de _____ un(a) menor, damos el consentimiento para que se haga examinacion de x-ray, anestesia o un diagnostico de cirujia o tratamiento que el hospital de servicio hecho al menor en cuestion bajo las direcciones especiales o generales de el personal de North Dallas Adventist Academy, ya sea que el diagnostico o tratamiento sea dado en la oficina de el doctor/dentista referido aqui o en un hospital registrado.

Entiendo que este consentimiento es dado en avance de un diagnostico especifico o tratamiento requerido, pero es dado para fomentar o alentar al personal de la escuela/institucion y de el doctor referido aqui para ejercitar su mejor juicio al necesitar diagnostico o tratamiento.

Es tambien entendido de que todo posible intento sera hecho para ponerse en contacto con los padres primero. Solo en caso de una emergencia extrema o de no haber podido conectarse con los padres o guardianes esto se aplicara.

Hay alguna enfermedad o condicion de la cual debieramos saber? (i.e. alergias, asthma, diabetes, etc.)

No Si

Si – Por favor explique: _____
(Haga lista de las medicaciones que el estudiante toma.)

Firma del Padre/Guardian

Fecha