

First Presbyterian Church of Santa Ana
Emergency Authorization and Medical Release

Please fill out one form per child

I request that my child, _____ be permitted to attend the _____ with **FPCSA** from _____ to _____, **2010**. He/She is in good physical condition. Should any illness or accident occur to him/her, I will not hold First Presbyterian Church of Santa Ana, its officers or leaders liable for medical aid rendered and will reimburse First Presbyterian Church of Santa Ana for medical expenses and other expenses incurred in the care of my child.

_____ My child may receive first aid. He/She MAY receive medical attention by a licensed physician. He/She MAY be admitted to a hospital in case of emergency. Parents will be contacted immediately, if possible.

_____ He/She MAY NOT receive first aid, medical attention or be admitted to a hospital without my knowledge.

Doctor (name and address) _____

Doctor's Phone _____ Date of last tetanus shot _____

Any special medical conditions or allergies _____

Alternate contact in case of emergency _____

Emergency Phone Number _____

Parent's/Legal Guardian's Signature _____

Primera Iglesia Presbiteriana de Santa Ana
Información de Emergencia y Autorización de Atención Médica

Por favor complete una por cada niño.

Por medio de la presente solicito que, _____
sea admitido(a) en _____ con la Primera Iglesia Presbiteriana de Santa Ana
del _____, 2010. Él/Ella tiene Buena condición física. En caso de que ocurra un
accidente o enfermedad, no hare responsables ni a la Primera Iglesia Presbiteriana de Santa Ana,
sus oficiales o sus líderes por los auxilios que le presten en el momento requerido y pagare a la
Primera Iglesia Presbiteriana de Santa Ana los gastos médicos y generales que ocurran al tomar
cuidado y atender a mi hijo(a).

_____ **Autorizo** para que mi hijo(a) pueda recibir primeros auxilios. Él/Ella puede recibir
atención médica por parte de un médico profesionalmente registrado en el estado de California.
Él/Ella puede ser llevado y recibido en el hospital más cercano en caso de una emergencia. Los
padres seremos informados inmediatamente en cuanto sea posible.

_____ **No autorizo** para que mi hijo(a) pueda recibir primeros auxilios. Él/Ella no puede
recibir atención médica por parte de un médico profesionalmente registrado en el estado de
California. Él/Ella no puede ser llevado y recibido en el hospital más cercano en caso de una
emergencia. A menos que me contacten primero.

Doctor (nombre y dirección) _____

Tel. de la oficina _____ Fecha de la última vacuna de Tétanos _____

Mi hijo **tiene / no tiene**, alguna condición médica que ustedes deben saber. _____

Número Telefónico en caso de Emergencias _____

Otro número alterno si es necesario _____

Firma del padre o tutor legal _____

Fecha _____