



The Catholic Community of St. Luke the Evangelist  
Childcare Ministry

## Medical Consent Form/ Consentimiento Médico

Will be kept on file for childcare needs, but must be resubmitted on an annual basis.  
Se mantendrá en archivo para las necesidades de cuidado de los niños, pero se tiene que volver a presentar sobre una base anual.

### Emergency Medical Treatment/Tratamiento Médico de Emergencia

I hereby warrant to the best of my knowledge, my child/children are in good health, and I assume all responsibility for the health of my child. Of the following statements pertaining to medical matters, sign only those in accordance with your wishes.

*Certifico por este medio que al mejor de mi conocimiento, mi hijo(a), está en buena salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo(a). En las declaraciones siguientes, firme solamente aquéllas con las que esté de acuerdo.*

Signature required / firma es requerida

Signature/ Firma

Date/Fecha

Signature/ Firma

Date/Fecha

### Transport to Hospital/Transporte al hospital

In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical or surgical treatment.

*En caso de una emergencia, doy permiso de transportar a mi hijo(a) a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia.*

Please initial / Por Favor inicie

Yes, I grant my consent: \_\_\_\_\_ No, I do not grant my consent \_\_\_\_\_

Si doy permiso: \_\_\_\_\_ No doy permiso: \_\_\_\_\_

### Advisement prior to any further treatment/

#### Asesoramiento antes de cualquier tratamiento adicional

I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor.

*Pido ser notificado antes de que el hospital o los médicos hagan cualquier tratamiento adicional.*

Please initial / Por Favor inicie

Yes, I grant my consent: \_\_\_\_\_ No, I do not grant my consent \_\_\_\_\_

Si doy permiso: \_\_\_\_\_ No doy permiso: \_\_\_\_\_

In the event of an emergency and you are unable to reach me, contact:

En el caso de una emergencia y usted no puede llegar a mí, comuníquese con:

First Name / Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Last Name/ Apellido: \_\_\_\_\_

Relationship/Relación: \_\_\_\_\_



*The Catholic Community of St. Luke the Evangelist  
Childcare Ministry*

## Medical Consent Form/ Consentimiento Médico

**Children's Medical Information/Información Médica de (los) Niño(s)  
Family Doctor**

Doctor's Name/El Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Phone Number/ Numero: \_\_\_\_\_

**Child(ren)/Niño(s)**

\_\_\_\_\_  
Last Name, First Name

\_\_\_\_\_  
Date of Birth/Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Last Name, First Name

\_\_\_\_\_  
Date of Birth/Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Last Name, First Name

\_\_\_\_\_  
Date of Birth/Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Last Name, First Name

\_\_\_\_\_  
Date of Birth/Fecha de Nacimiento

**Medication(s)/Medicamento(s)**

The only medications that will be administered in childcare will be asthma & lifesaving allergy medications. All medications must come in the original packaging and include doctor's prescription label with child's name, dosage and frequency.

Los únicos medicamentos que se administrarán en el cuidado de los niños serán medicamentos para alergias y para el asma. Todos los medicamentos tienen que venir en el embalaje original e incluir la etiqueta de prescripción del médico con el nombre del niño, la dosis y la frecuencia.

Please list medications / Lista de medicamentos

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Medical Conditions Information/Información sobre Condiciones Médicas**

Childcare personnel will take reasonable care to see that the following information will be held in confidence./El personal de Cuidado de Niños, tomará el cuidado de mantener esta información confidencial.

My son/daughter has [Mi hijo(a) tiene]: \_\_\_\_\_

Has had an episode the following or has been diagnosed: \_\_\_\_\_

Allergic reactions to the following (foods, dyes, latex etc.): \_\_\_\_\_

**Please circle Yes or No**

Has had a medical surgery within the last six months? Yes/ No

Is under doctor's care? Yes / No

Has a medically prescribed diet? Yes / No

Has the following physical limitations? \_\_\_\_\_

Immunizations current and up to date (including tetanus/diphtheria)

You should also be aware of these special medical conditions of my child (e.g. depression, anxiety, etc.):  
\_\_\_\_\_



*The Catholic Community of St. Luke the Evangelist  
Childcare Ministry*

## Medical Consent Form/ Consentimiento Médico

### Insurance Information/Información sobre Seguro Médico

Please provide the following information

\_\_\_\_\_ I have insurance/Tengo seguro

\_\_\_\_\_ I do not have insurance/No tengo seguro

Insurance Carrier/Portador del seguro: \_\_\_\_\_

Name of insured/Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Insurance Policy Number/Número de Póliza de Seguro: \_\_\_\_\_

Father's Name/Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Father's Phone Number/Número de teléfono del padre: \_\_\_\_\_

Mother's Name/Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Mother's Phone Number/Número de teléfono de la madre: \_\_\_\_\_

**Parents will be contacted immediately if child becomes ill with symptoms such as headache, vomiting, sore throat, fever, or diarrhea.**

**Los padres serán contactados inmediatamente si el niño se enferma con síntomas como dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre o diarrea.**

I Understand/Entiendo, I am the parent or legal guardian/ Soy el padre o guardián legal, I Agree/Estoy de Acuerdo

\_\_\_\_\_  
Signature/ Firma

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature/ Firma

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

Please leave cell phone on vibrate while attending meeting or event.

Deje por favor el teléfono celular en vibrar mientras que asiste a la reunión o evento.