

**2020-2021**  
**St John the Baptist Parish**  
**Religious Education Registration - Medical Information**  
**Parroquia de San Juan Bautista Parroquia**  
**Registro de Educación Religiosa - Información Médica**

Names of students (*please print*) Nombres de los estudiantes (por favor imprima)

\_\_\_\_\_  
**(Student 1)**

\_\_\_\_\_  
**(Student 2)**

\_\_\_\_\_  
**(Student 3)**

\_\_\_\_\_  
**(Student 4)**

\_\_\_\_\_  
**(Student 5)**

\_\_\_\_\_  
**(Student 6)**

\_\_\_\_\_  
Physician's Name / Nombre del médico

\_\_\_\_\_  
Phone Number / Telefono

\_\_\_\_\_  
Insurance Company / Compañía de Seguros

\_\_\_\_\_  
Policy Number / Número de Póliza

I authorize all medical and surgical treatment, X-ray, laboratory, anesthesia and all other medical and/or hospital procedures as may be performed by the attending physician and/or paramedics for my child and waive my right to inform consent and treatment. This waiver applies only in the event that neither parent/guardian can be reached in case of an emergency.

Autorizo a todos los tratamientos médicos y quirúrgico, rayos X, laboratorio, anestesia y todos los demás procedimientos médicos y / u hospital que puede ser realizada por el médico de cabecera y / o paramédicos para mi hijo y renuncio a mi derecho a informar consentimiento y tratamiento. Esta exención sólo se aplica en caso de que ninguno de los padres / tutores pueden ser localizados en caso de emergencia.

\_\_\_\_\_  
Parent's Signature Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Date / Fech