

St. John the Evangelist – Marble Falls
Consent Form / Formulario De Consentimiento (2017 – 2018)

Medical Information and Release Form

In the event of illness or injury, I, the parent/guardian of _____ consent to whatever x-ray examination, anesthetic, medical, surgical, dental diagnosis, or treatment and hospital care considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, or dentist and performed by or under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services.

En caso de emergencia, Yo, padre/madre de _____ doy permiso al doctor, enfermeras, dentista, o cualquier persona quienes trabajan en el hospital u oficina, a hacer todo lo posible o necesario para ayudar a mi hijo/hija.

Parent or Guardian Name Nombre de Madre o Padre:	Alt. Phone # Otro teléfono:
Physician Name Nombre de Doctor:	Phone # Teléfono:
Insurance Carrier Nombre de aseguranza:	Policy # Numero de poliza:

List any allergies/ Alergias: _____

In Case of Emergency Call (Name & Phone #)
En caso de emergencia (Nombre y teléfono): _____

Parental/Guardian Consent - Consentimiento de Padres

I fully understand that students are to abide by all rules governing conduct and safety while attending classes and related activities at St John's. If my child violates these rules during their class or activity, I agree that they may be removed from the class to the Religious Education Office and that I may be called to conference with the director.

Yo entiendo que todos los estudiantes necesitan seguir y obedecer las reglas de conducta mientras están participando en clases o actividades en la parroquia de San Juan. En caso de que mi hijo/hija no siguo o obedece estas reglas, permito que lleven a mi hijo/hija a la oficina y me llamen.

Parent Signature
Firma de Padres: _____

Date:
Fecha: _____