

# Request for Emergency and Health Information

School Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**PARENTS/GUARDIANS: The school must have on file emergency information that can be used to contact you. Please print clearly. Whenever there is a change in this information, immediately notify the school in writing.**

Student ID# \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle Name \_\_\_\_\_ Homeroom # \_\_\_\_\_  
 Birth Date (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_ Student Home Address \_\_\_\_\_ Student Home Phone # \_\_\_\_\_

**Confidential Information Box 1**

Complete this box only if (1) **it reflects your child's current living situation**; OR (2) **it reflects your living situation if you are a youth not living with a Parent or Guardian.** (Your answer will help school staff with enrollment and may enable the student to receive additional services.) Check one box if you are living:

in an abandoned apartment/building   
  in a car/park/other public place   
  in a hotel/motel   
  in a residence of other individuals or family  
 in a shelter   
  in a temporary foster care placement

**Note to School: If any box is checked, see the CPS Education of Homeless Children and Youth Policy (702.5).**

**Parent/Guardian and Emergency Contact Information:** Add extra contacts on the back of this form, if needed.

	Parent/Guardian Contact	Parent/Guardian Contact
Contact Name		
Relationship to Student		
<i>Check all that apply:</i>	<input type="checkbox"/> Lives With <input type="checkbox"/> Gets Mailings <input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> Permission to Pickup	<input type="checkbox"/> Lives With <input type="checkbox"/> Gets Mailings <input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> Permission to Pickup
Home Address, if different from student's		
Home Phone Number, if different from student's		
* Cell Phone Number		
* Email Address <small>*reply N/A if not available</small>		
Name and Address of Employer		
Work Phone Number		

**List the name of a relative or neighbor who can also be notified in an emergency and has permission to pick up the student:**

Name \_\_\_\_\_ Home Address \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

**Confidential Information Box 2**

Is there a current Order of Protection or No Contact Order which concerns this student?     Yes     No

**Note to School: If "Yes" is checked, please follow the procedures of CPS Policy 704.4. Enter the information into the *Legal Alert* field and update contact information, as needed, in SIM.**

**Family Doctor's Name, Address, and Phone Number: I authorize you to call my family doctor, if necessary, in an emergency.**

**Student Health Insurance:** (select only one of the three)

- Illinois Medical Card/All Kids:** provide student's medical ID # \_\_\_\_\_ (9-digit number located on back of card)
- No Insurance:** are you interested in applying for the Illinois Medical Card/All Kids?     Yes     No
- Private/Employer Health Insurance:** no additional information needed

I certify that the information on this form is correct.

\_\_\_\_\_ (Parent/Guardian Signature)

## Pedido de información de emergencia y de salud

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PADRES/TUTORES:** La escuela debe tener en su archivo información de emergencia para poder contactarlos. Por favor, escriba con claridad. Cada vez que cambie la información, notifique de inmediato a la escuela por escrito.

#ID estudiante	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Salón #
Fecha nacimiento (mes/día/año)	Domicilio del estudiante		Teléfono del domicilio	

**Información confidencial Caja 1**

Complete esta caja solamente si (1) refleja la situación de vivienda actual de su niño; O (2) si refleja tu situación de vivienda y eres un joven que no vive con un padre o tutor legal. (Tu respuesta ayudará al personal escolar con la matrícula y puede permitir que el estudiante reciba servicios adicionales). Señale una caja si está viviendo:

en un apartamento/edificio abandonado  
  en un auto/parque/otro lugar público  
  en un hotel/motel  
  en la residencia de otro individuo o familia  
 en un refugio  
  en una ubicación de guarda temporaria

**Note to School:** If any box is checked, see the CPS Education of Homeless Children and Youth Policy (702.5).

**Información de contacto de emergencia padre/tutor legal:** Agregue contactos extra en el reverso de este formulario, si es necesario.

	Contacto padre/tutor	Contacto padre/tutor
Nombre del contacto		
Relación con el estudiante		
<i>Señale todo lo que corresponda:</i>	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correspondencia <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recoger	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correspondencia <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recoger
Dirección del domicilio, si es diferente a la del estudiante		
Teléfono del domicilio, si es diferente al del estudiante		
* Teléfono celular		
* Correo electrónico <small>*responda N/A si no está disponible</small>		
Nombre y dirección del empleador		
Teléfono del trabajo		

**Nombre de un pariente o vecino que pueda ser notificado en una emergencia y tenga permiso para recoger al estudiante:**

Nombre	Dirección domicilio	Teléfono #	Relación
--------	---------------------	------------	----------

**Información confidencial Caja 2**

¿Hay alguna Orden de Protección u Orden de No Contacto relacionada con este estudiante?  Sí  No

**Note to School:** If "Yes" is checked, please follow the procedures of CPS Policy 704.4. Enter the information into the Legal Alert field and update contact information, as needed, in SIM.

**Nombre, dirección y teléfono del Médico Familiar:** Autorizo a que llamen al médico de mi familia, si es necesario, en una emergencia.

**Seguro de salud del estudiante:** (seleccione solamente uno de los tres)

- Illinois Medical Card/All Kids:** provea el número de ID médica del estudiante \_\_\_\_\_ (número de 9 dígitos ubicado en el reverso de la tarjeta)
- Notiene seguro:** ¿está interesado en solicitar la Illinois Medical Card/All Kids?  Sí  No
- Seguro de salud privado/del empleador:** no se necesita información adicional

Certifico que la información contenida en este formulario es correcta.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor)