

Request for Emergency and Health Information

School Name: _____

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 #

<p style="text-align: center;">Confidential Information Box 1</p> <p>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:</p> <p><input type="checkbox"/> in a car/park/other public place</p> <p><input type="checkbox"/> doubled-up <input type="checkbox"/> in a hotel/motel <input type="checkbox"/> in a shelter <input type="checkbox"/> in transitional housing</p> <p>School Note: If any box is checked, see the CPS Policy 702.5.</p>	<p style="text-align: center;">Confidential Information Box 2</p> <p>Is there a current Order of Protection or No Contact Order which concerns this student? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>School Note: If "Yes," follow CPS Policy 704.4 procedures. Enter information in <i>Legal Alert</i> field and update contact information, as needed, in SIM.</p>
--	--

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, <i>if different from student's</i>		
Home Phone Number, <i>if different from student's</i>		
Cell Phone Number		
Email Address		
Name and Address of Employer		
Work Phone Number		
* Communication Language		
<p>* CPS communicates via phone calls. Select the language that should be used to communicate with you. Languages available for mass communication at this time are English and Spanish (note: other languages upon availability).</p>		

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
------	--------------	-------------	--------------

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

Children of Military Personnel (optional)

- As the Parent or Guardian, are you a member of a branch of the armed forces of the United States? Yes No
- If yes, are you either deployed to active duty or expect to be deployed to active duty during the school year? Yes No

I certify that the information on this form is correct:

(Parent/Guardian Signature) _____ (Date)

Pedido de Información de Emergencia y Salud

Nombre de la escuela: _____

PADRES/TUTORES: La escuela debe tener archivada información de emergencia que pueda ser usada para contactarlo. Por favor escriba con letra clara. Cada vez que haya un cambio en esta información, notifíquelo inmediatamente por escrito a la escuela.

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

<p style="text-align: center;">Información confidencial Caja 1</p> <p>Llene esta caja solamente si (1) refleja la situación actual de vivienda del niño; O (2) si refleja la situación de vivienda de un joven que no vive con un padre o tutor. (La respuesta ayudará al personal de la escuela con la matriculación y puede hacer que el estudiante reciba servicios adicionales). Señale una caja:</p> <p><input type="checkbox"/> en un automóvil/otro lugar público</p> <p><input type="checkbox"/> hogar compartido <input type="checkbox"/> en un hotel/motel <input type="checkbox"/> en un refugio <input type="checkbox"/> en alojamiento transitorio</p> <p>School Note: If any box is checked, see the CPS Policy 702.5.</p>	<p style="text-align: center;">Información confidencial Caja 2</p> <p>¿Exite alguna Orden de Protección u Orden de No Contacto vigente relacionada con este estudiante?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>School Note: If "Yes," follow CPS Policy 704.4 procedures. Enter information in Legal Alert field and update contact information, as needed, in SIM.</p>
--	--

Padre/Tutor e Información de Contacto de Emergencia: Agregue contactos extras en el reverso de este formulario, de ser 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 correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo
Dirección del domicilio <i>si es diferente a la del estudiante</i>		
Teléfono del domicilio, <i>si es diferente al del estudiante</i>		
Teléfono celular		
Correo electrónico		
Nombre y dirección del empleador		
Teléfono del trabajo		
* Idioma para comunicación		
<p>* CPS se comunica por teléfono. Escoja el idioma que se debe usar para comunicarse con usted. Los idiomas disponibles en este momento para comunicaciones masivas son inglés y español (nota: otros idiomas según disponibilidad).</p>		

Nombre del familiar o vecino que puede ser notificado en una emergencia y está autorizado a recoger al estudiante:

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

Nombre del médico de la familia, dirección y teléfono: Autorizo a que llamen a mi médico familiar, si es necesario, en caso de una emergencia.

Seguro de salud del estudiante: (escoja uno de los tres)

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

Hijos de personal militar (opcional)

- Como padre o tutor, ¿es usted miembro de alguna rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? Sí No
- En caso afirmativo, ¿está usted desplegado en servicio activo o espera ser desplegado durante el año escolar? Sí No

Certifico que la información de este formulario es correcta:

_____ (Firma del padre/Tutor) _____ (Fecha)