



### Student Contact Info

NAME \_\_\_\_\_ PHONE (    ) \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ SCHOOL \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIPCODE \_\_\_\_\_

---

### Emergency Medical Release

This form is required for participation in artworxLA Advanced Programs.  
Please complete each section with a parent or guardian, sign, and date.

STUDENT NAME \_\_\_\_\_ BIRTHDATE (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PARENT/GUARDIAN NAME(S) \_\_\_\_\_ HOME PHONE (    ) \_\_\_\_\_

WORK PHONE (    ) \_\_\_\_\_ CELL PHONE (    ) \_\_\_\_\_

ADDITIONAL EMERGENCY CONTACT

NAME	RELATIONSHIP	PHONE (    )
_____	_____	_____

---

**Allergies/Health Conditions** — Does the student have any allergies? Have they been diagnosed with any health conditions, or are they currently taking any medications? If so, please list below:

\_\_\_\_\_

---

### Emergency Release

If, in the judgment of the staff of artworxLA, the child named above needs immediate care and treatment as a result of any injury or sickness, I do hereby request, authorize, and consent to such care and treatment as may be given to said child by any medical personnel or school representative. I do hereby agree to indemnify and hold harmless artworxLA (including its officers, directors, members and/or volunteers) from any claim by any person whomsoever on account of such care and treatment of said child.

PRINT FULL NAME OF PARENT/GUARDIAN \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

## Información Del Estudiante

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ TELÉFONO (    ) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

---

### Autorización médica de emergencia

Este formulario debe ser firmado y devuelto a artworxLA si el estudiante mencionado arriba debe participar en actividades o viajes en el programa de artworxLA Advanced Programs.

NOMBRE DE ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

NOMBRE DE PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE DOMICILIO (    ) \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL TRABAJO (    ) \_\_\_\_\_ CELULAR (    ) \_\_\_\_\_

ALGUNA OTRA PERSONA A LA QUE SE LE PUEDE LLAMAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA:

NOMBRE \_\_\_\_\_ PARENTESCO AL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ TELÉFONO (    ) \_\_\_\_\_

---

**Alergias o otras Condiciones Saludables** — El estudiante tiene más de alguna alergia? Ha sido diagnosticado/a con más de alguna condición saludable, oh esta tomando más de algun medicamento? Si la respuesta es “si” favor de explicar:

\_\_\_\_\_

---

### Autorización de emergencia

Por el presente manifiesto que soy el padre biológico o el guardian con custodia legal del menor mencionado anteriormente y que estoy autorizado a prestar consentimiento en nombre del menor para que se brinden servicios médicos. Por el presente designo a **artworxLA** para que preste consentimiento para la prestación de los servicios médicos, que se realizarán bajo la supervisión o por recomendación del médico, cuando sea evidente que dichos servicios son necesarios y no haya sido posible comunicarse conmigo o con otro padre o guardian legal autorizado. Por el presente, estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad a **artworxLA** (incluidos sus funcionarios, directores, miembros, o voluntarios) de cualquier reclamo de cualquier persona que sea a causa de tal cuidado y tratamiento de dicho niño.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA