



**GO KIDS, INC. / ESTRELLA FAMILY SERVICES**  
**EMERGENCY PROCEDURE CARD**

**Child's Name/Nombre del Niño** \_\_\_\_\_

**Sex/Sexo:** M F **Birthdate/Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Mother's Name/Nombre de la Madre:** \_\_\_\_\_

**Address/Domicilio:** \_\_\_\_\_  
(Number and Street/Domicilio) (City and State/Cuidad y Estado) (Zip Code/Zona Postal)

**Home Phone/Numero de Telefono** \_\_\_\_\_ **Cell/Cellular** \_\_\_\_\_

**Email Address/Correo Electronico** \_\_\_\_\_

**Father's Name/Nombre del Padre** \_\_\_\_\_

**Address/Domicilio:** \_\_\_\_\_  
(Number and Street/Domicilio) (City and State/Cuidad y Estado) (Zip Code/Zona Postal)

**Home Phone/Numero de Telefono** \_\_\_\_\_ **Cell/Cellular** \_\_\_\_\_

**Mother's Business Address** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_  
*Dirección del trabajo Madre* *Telefono*

**Father's Business Address** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_  
*Dirección del trabajo Padre* *Telefono*

**Physician** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_ **Dentist** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_  
*Médico* *Teléfono* *Dentista* *Teléfono*

**Names of person's authorized to take the child from the facility, and in case of emergency or minor illness and parent cannot be reached contact:** *Nombre de personas autorizadas para sacar al niño del establecimiento, y en caso de una emergencia o enfermedad menor si no podemos comunicarnos con los padres:*

\_\_\_\_\_  
(Name/Nombre) (Address/Dirección) (Relationship/Relación) (Phone/Telefono)

\_\_\_\_\_  
(Name/Nombre) (Address/Dirección) (Relationship/Relación) (Phone/Telefono)

**Medi-Cal Number** \_\_\_\_\_ **Medical Insurance** \_\_\_\_\_ **Insurance Number** \_\_\_\_\_  
*Numero de Medi-Cal* *Nombre del Seguro* *Medico Numero de Seguro*

**Allergies or Other Medical Limitations/Alergias o otras limitaciones medicas** \_\_\_\_\_

**Is child taking medication? / Toma alguna medicina?** \_\_\_\_\_ **If so, what? /Si, que medicina?** \_\_\_\_\_

**Eyes examined for glasses by a doctor?** \_\_\_\_\_ **Glasses recommended?** \_\_\_\_\_ **Glasses received?** \_\_\_\_\_  
*Examen de los ojos por un médico?* *Se recomendo que usara lentes?* *Recibio lentes?*

In case of accident or an emergency, I authorize a staff member of the child development agency or above names of person(s) to take my child to the above named physician, or to any licensed physician, or to the nearest emergency hospital by ambulance or private car for such emergency treatment and measures as are deemed necessary for the safety and protection of the child, at my expense. *En caso de un accidente o una emergencia, yo autorizo a un empleado de la agencia o a las personas arriba mencionadas para que lleve a mi niño al medico arriba mencionado, o a cualquier otro medico, o a la sala de emergencia del hospital mas cercano por ambulancia o en carro privado para que se le proporcione el tratamiento de emergencia que sea requerido para seguridad y proteccion de mi niño, yo sere responsable de los gastos.*

**Signature of Parent or Guardian/Firma** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha** \_\_\_\_\_