**Сведения о семье**

Заполните форму на каждого члена семьи.

|  |  |
| --- | --- |
| Имя, фамилия |  |

**Место проживания**

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес |  |
| Город/штат/индекс |  |
| Телефон |  |
| Сотовый |  |
| Эл. почта |  |

**Сведения о работе/учебе**

|  |  |
| --- | --- |
| Цомпания |  |
| Должность |  |
| Адрес |  |
| Город/штат/индекс |  |
| Телефон |  |
| Сотовый |  |
| Эл. почта |  |

**Другая личная информация**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата рождения |  |

**Дополнительная информация о работе**

|  |  |
| --- | --- |
| Департамент |  |
| Имя ассистента |  |
| Телефон ассистента |  |
| Имя босса |  |
| Телефон босса |  |
| Контакт в отделе кадров |  |
| Телефон отдела кадров |  |
| Контакт для пенсионного фонда 401K |  |
| Телефон фонда 401К |  |

**Информация по уходу за детьми**

Заполните форму на каждого ребенка

**Родители**

|  |  |
| --- | --- |
| Имя |  |
| Рабочий телефон |  |
| Сотовый |  |
| Эл. почта |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Имя |  |
| Рабочий телефон |  |
| Сотовый |  |
| Эл. почта |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Имя |  |
| Рабочий телефон |  |
| Сотовый |  |
| Эл. почта |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Имя |  |
| Рабочий телефон |  |
| Сотовый |  |
| Эл. почта |  |

**Соседи**

|  |  |
| --- | --- |
| Имя |  |
| Рабочий телефон |  |
| Сотовый |  |
| Эл. почта |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Имя |  |
| Рабочий телефон |  |
| Сотовый |  |
| Эл. почта |  |

**Детский врач**

|  |  |
| --- | --- |
| Имя |  |
| Телефон |  |

**Особые потребности и инструкции**

**Аллергия**

|  |  |
| --- | --- |
| Имя ребенка |  |
| Тип аллергии |  |
| Примечания |  |
| Имя ребенка |  |
| Тип аллергии |  |
| Примечания |  |
| Имя ребенка |  |
| Тип аллергии |  |
| Примечания |  |

**Аптека**

|  |  |
| --- | --- |
| Название |  |
| Телефон |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Название |  |
| Телефон |  |

**Лекарства/Витамины/Минералы**

|  |  |
| --- | --- |
| Имя ребенка |  |
| Лекарства |  |
| Доза |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Имя ребенка |  |
| Лекарство |  |
| Доза |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Имя ребенка |  |
| Лекарство |  |
| Доза |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Имя ребенка |  |
| Лекарство |  |
| Доза |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Имя ребенка |  |
| Лекарство |  |
| Доза |  |

**Страховка**

|  |  |
| --- | --- |
| Имя подписчика |  |
| Адрес |  |
| Номер полиса |  |
| Телефон |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Имя второго подписчика |  |
| Адрес |  |
| Номер полиса |  |
| Телефон |  |

**Разрешение на оказание скорой медицинской помощи**

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_

В моё отсутствие, я даю разрешение на оказание скорой медицинской помощи моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Мой ребенок получает лечение от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Искренне,

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя родителя(печатными буквами) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_

В моё отсутствие, я даю разрешение на оказание скорой медицинской помощи моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Мой ребенок получает лечение от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Искренне,

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя родителя(печатными буквами) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_

В моё отсутствие, я даю разрешение на оказание скорой медицинской помощи моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Мой ребенок получает лечение от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Искренне,

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя родителя(печатными буквами) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информация по уходу за престарелыми**

**Основные данные**

|  |  |
| --- | --- |
| Имя/дата рождения |  |
| Адрес |  |
| Телефон |  |
| Сотовый |  |
| Состояние здоровья |  |

**Основные медицинские данные**

|  |  |
| --- | --- |
| Группа крови |  |
| Имя лечащего врача |  |
| Телефон |  |
| Имя спец. врача |  |
| Телефон |  |
| Имя спец. врача |  |
| Телефон |  |
| Имя спец. врача |  |
| Телефон |  |

**Аллергия**

|  |  |
| --- | --- |
| Пищевая аллергия |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Аллергия на лекарства |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Другие виды аллергии |  |

**Аптека**

|  |  |
| --- | --- |
| Название |  |
| Телефон |  |

**Лекарства/Витамины/Минералы**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Number |  |
| Name |  |
| Number |  |
| Name |  |
| Number |  |
| Name |  |
| Number |  |

**Операции**

|  |  |
| --- | --- |
| Тип |  |
| Врач |  |
| Дата |  |
| Диагноз |  |
| Место операции |  |
| Результаты анализов |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Тип |  |
| Врач |  |
| Дата |  |
| Диагноз |  |
| Место операции |  |
| Результаты анализов |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Тип |  |
| Врач |  |
| Дата |  |
| Диагноз |  |
| Место операции |  |
| Результаты анализов |  |

**Страховка**

|  |  |
| --- | --- |
| Главный подписчик |  |
| Адрес |  |
| Номер полиса |  |
| Телефон |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Второй подписчик |  |
| Адрес |  |
| Номер полиса |  |
| Телефон |  |

**Основные контакты**

|  |  |
| --- | --- |
| Имена на экстренный случай |  |
| Телефон |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Имена на экстренный случай |  |
| Телефон |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Имена на экстренный случай |  |
| Телефон |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Имена на экстренный случай |  |
| Телефон |  |

**Другая информация**

|  |  |
| --- | --- |
| Донор органов ДА/НЕТ |  |
| Место нахождение завещания |  |
| Место хранения дверенности |  |