

Emergency Contact

Contacto De Emergencia

Employee Name _____ **Date:** _____ **Employee Phone:** _____
Nombre del Empleado: _____ **Fecha:** _____ **# De Celular:** _____

In case of a serious emergency, the following information is necessary for each employee. Please fill out both sections and a Doctor's information as well. The names listed below our first and second contact.

En caso de una emergencia, la información siguiente es necesaria para cada empleado. Por favor llene ambas secciones y la información de su doctor también. Los nombres puestos en la lista de abajo deberán ser nuestro primer y segundo contacto.

First Contact
Primer Contacto: _____

Relationship
Relación: _____

Address
Dirección: _____

City/State/Zip
Ciudad / Estado / Código postal: _____

Home Phone
Teléfono de casa: _____

Cell Phone
De Celular: _____

Work Phone
De Trabajo: _____

Email address: _____

Doctor: _____

Teléfono: _____

Second Contact:
Segundo Contacto: _____

Relationship
Relación: _____

Address
Dirección: _____

City/State/Zip
Ciudad / Estado / Código postal: _____

Home Phone
Teléfono de casa: _____

Cell Phone
De Celular: _____

Work Phone
De Trabajo: _____

Email address: _____

Medical Condition or any allergies:

Condición Médica o alergias:
