

GREATER LOWELL TECHNICAL HIGH SCHOOL
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA
2022-2023

PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES O TUTORES:

Padre o tutor legal(es): Ambos padres Padre Madre Otro _____

El estudiante vive con: Ambos padres Padre Madre Otro _____

En caso de emergencia durante el horario escolar, es necesario contactar a los padres / tutores para darles permiso a los médicos y / u hospitales para tratar a los menores de edad en situaciones de emergencia. **Es de suma importancia que nos notifique de inmediato cualquier cambio de dirección o número de teléfono.**

Por escriba con letra de molde:

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ GRADO: _____
Apellido Nombre 2º nombre

DOMICILIO: _____
Número Calle Ciudad/ Población Código postal

TELÉFONO EN CASA # _____ TELÉFONO CELULAR# _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ALUMNO: Mes: ____ Día: ____ Año: ____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE (TUTOR): _____

EMPLEADOR: _____

Teléfono del trabajo: Área No. ____ Número _____ Ext. _____

LENGUA MATERNA DEL PADRE (TUTOR): _____

¿Prefiere ser contactado en algún lenguaje que no sea el inglés?

No Sí, de ser así, indique en cual lenguaje _____

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE (TUTORA): _____

EMPLEADOR: _____

Teléfono del trabajo: Área No. ____ Número _____ Ext. _____

LENGUA MATERNA DE LA MADRE (TUTORA): _____

¿Prefiere ser contactado en algún lenguaje que no sea el inglés?

No Sí, de ser así, indique en cual lenguaje _____

CIA. ASEGURADORA DE SALUD DEL ALUMNO: _____

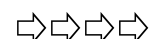
NÚMERO DE CERTIFICADO DE SEGURO DE SALUD DEL ALUMNO: _____

NOMBRE DEL MÉDICO DEL ALUMNO: _____ TELÉFONO # _____

¿OTORGA USTED SU PERMISO PARA NOTIFICAR A LOS MAESTROS DE CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA DE SU HIJO(A)? Sí No

¿NECESITA EL ALUMNO(A) UN EPI-PEN? Sí No DE SER ASÍ, LOS PADRES DEBEN PROPORCIONAR EL EPI-PEN A LA ESCUELA.

SIGUE



¿PADECE EL ALUMNO DE PROBLEMAS FÍSICAS O PSICOLÓGICAS Y/O ALERGIAS?

No Sí De ser así, indíquelas por favor: _____

¿PADECE EL ALUMNO DE ALGUNA DISCAPACIDAD? Sí No

De ser así, indíquela por favor: _____

IEP (Plan educativo individualizado) Plan 504

• ¿TOMA EL ALUMNO ALGÚN MEDICAMENTO? Sí No

De ser así, indíquelo por favor _____

De ser así, ¿lo tomará durante la jornada escolar? Sí No

• AUTOTRIZO A LAS ENFERMERAS DE LA ESCUELA PARA ADMINISTRAR A MI HIJO(A):

TYLENOL Sí No
(325mg, 2 tabs)

PASTILLAS PARA LA TOS Sí No

IBUPROFEN Sí No
(200 mg 1-2 tabs)

ANTIÁCIDO Sí No
(Tums, para malestar estomacal)

MIDOL Sí No
(para calambres menstruales)

Si no se puede localizar a ninguno de los padres en caso de una emergencia, proporciónenos los nombres de dos personas más autorizadas por usted para brindar asistencia.

LAS DOS PERSONAS QUE ELIGES DEBEN ESTAR DISPONIBLES DURANTE LAS HORAS ESCOLARES.

NOMBRE DE LA PERSONA _____

RELACIÓN _____ TELÉFONO # _____

DOMICILIO: _____

Número Calle Ciudad / Poblado

NOMBRE DE LA PERSONA _____

RELACIÓN _____ TELÉFONO # _____

DOMICILIO: _____

Número Calle Ciudad / Poblado

ES RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES / TUTORES TRANSPORTAR A SU HIJO(A) ENFERMO(A) O LESIONADO(A). CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN QUE OCURRE EN EL HOGAR NO ES RESPONSABILIDAD DE LAS ENFERMERAS DESCOLARES Y DEBEN SER ATENDIDOS POR LOS PADRES / TUTORES.

Las enfermeras escolares están en la escuela para atender por enfermedades que ocurren durante el horario escolar y lesiones escolares solamente. Son responsables del tratamiento inicial de primeros auxilios y no del tratamiento de seguimiento.

SI EL ESTUDIANTE NECESITA TRANSPORTE POR AMBULANCIA, SERÁ TRANSPORTADO AL HOSPITAL MÁS CERCANO, LOWELL GENERAL HOSPITAL.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____ FECHA: _____

*** Este formulario debe completarse y devolverse a Greater Lowell Tech dentro de DIEZ días a partir de la recepción.**