

GREATER LOWELL TECHNICAL HIGH SCHOOL
INFORMACION DE EMERGENCIA
2020-2021

Spanish

DEBE SER LLENADO POR EL PADRE/GUARDIAN LEGAL:

Padre/Guardián Legal: Ambos Padres Padre Madre Otra Persona _____

Estudiante Vive con: Ambos Padres Padre Madre Otra Persona _____

En caso de emergencia durante horas de clase, es necesario para nosotros ponernos en contacto con padres/guardianes a fin de suministrar a los médicos y/u hospitales permiso para tratar a los menores en situaciones de emergencia. **Es de mucha importancia que usted nos notifique inmediatamente de cualquier cambio de dirección o de número de teléfono.**

Por Favor use Letra de Imprenta

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____
Apellido Primer Nombre Inicial

DIRECCION: _____

_____ Numero Calle Ciudad Código Postal

No. DEL TELÉFONO DE CASA # _____ No. Del CELULAR# _____

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

PADRE/TUTOR NOMBRE COMPLETO: _____

LUGAR DEL TRABAJO: _____

No. DEL TELÉFONO DEL TRABAJO: Código ____ Numero _____ Ext. _____

IDIOMA PRIMARIO DEL PADRE: _____

¿Prefiere usted comunicación en otro idioma que no sea Inglés?

No Sí, si la respuesta es sí, por favor indique el idioma _____

MADRE/TUTOR NOMBRE COMPLETO: _____

LUGAR DEL TRABAJO: _____

No. DEL TELÉFONO DEL TRABAJO: Código ____ Numero _____ Ext. _____

IDIOMA PRIMARIO DE LA MADRE: _____

¿Prefiere usted comunicación en otro idioma que no sea Inglés?

No Sí, si la respuesta es sí, por favor indique el idioma _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO DEL ESTUDIANTE: _____

NÚMERO DEL CERTIFICADO DEL SEGURO MÉDICO DEL ESTUDIANTE: _____

NOMBRE DEL MEDICO DEL ESTUDIANTE: _____ No.

TELEFONO: _____

¿DA USTED PERMISO PARA NOTIFICAR A LOS MAESTROS DE ALGUNA CONDICIÓN MEDICA? Yes No

¿REQUIERE EL ESTUDIANTES UN EPI-PEN? Sí No SI SÍ, LOS PADRES DEBEN PROPORCIONAR EL EPI-PEN A LA ESCUELA

FAVOR MIRE ATRAS



¿TIENE EL ESTUDIANTE ALGUNA DESHABILIDAD FÍSICA O PSICOLÓGICA Y O ALERGIAS?

No Si Si es sí, por favor explíquelo: _____

TIENE EL ESTUDIANTE UNA DISCAPACIDAD?

Si No

Si es sí, por favor explíquelo: _____

IEP (Plan Educativo Individual)

Plan 504

• ¿ESTA EL ESTUDIANTE TOMANDO ALGUNA MEDICINA?

Si No

Si está tomando medicina por favor explique el tipo de medicina _____

Si la respuesta es sí, será tomada durante el horario escolar?

Si

No

• LE DOY PERMISO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA PARA DARLE A MI NIÑO:

TYLENOL Si No
(325mg, 2 tabs)

GOTAS PARA LA TOS Si No

MIDOL Si No
(Para los cólicos menstruales)

ANTIÁCIDO Si No
(Tums, para la molestia del estómago)

Si ninguno de los padres puede ser localizados en caso de una emergencia, por favor provéanos con dos nombres, distintas a los padres, que están autorizados por usted para prestar asistencia.

LAS PERSONAS QUE USTED ESCOGE DEBEN ESTAR DISPONIBLES DURANTE LAS HORAS DE LA ESCUELA.

NOMBRE DE LA PERSONA: _____

RELACIÓN: _____ No. DEL TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN DE LA PERSONA: _____

No. Calle Ciudad

NOMBRE DE LA PERSONA: _____

RELACIÓN: _____ No. DEL TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN DE LA PERSONA: _____

ES LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES O PERSONA RESPONSABLE PARA PROVEER TRANSPORTACIÓN A SU HIJO/A CUANDO ESTÁN ENFERMOS O HERIDOS. CUALQUIER ENFERMEDAD O DAÑO QUE OCURRA EN SU CASA NO ES LA RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA Y DEBE SER TRATADO POR LOS PADRES O GUARDIANES.

Las enfermeras de la escuela están para asistir solamente enfermedades o daños que ocurren dentro o durante las horas de la escuela. Ellas son responsables por los primeros auxilios que se le suministra al estudiante y no por el tratamiento que sigue.

SI EL ESTUDIANTE NECESITA SER TRANSPORTADO POR AMBULANCIA, EL/ELLA SERÁ TRANSPORTADO AL HOSPITAL QUE QUEDA MAS CERCA, LOWELL GENERAL HOSPITAL.

FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN: _____ FECHA: _____

Este formulario debe ser y devuelto a la escuela Greater Lowell Tech entre DIEZ días de recibirlo.