

¿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

● AUTORIZO 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)

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.**