

# GREATER LOWELL TECHNICAL HIGH SCHOOL

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA **2024-2025**

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: \_\_\_\_\_

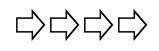
NÚMERO DE CERTIFICADO DE SEGURO DE SALUD DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

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  PASTILLAS PARA LA TOS Sí  No   
(325mg, 2 tabs)

MIDOL Sí  No  ANTIÁCIDO Sí  No   
(para calambres menstruales) (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.**