

GREATER LOWELL TECHNICAL HIGH SCHOOL
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA
2025-2026

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 ☐
(1-2 TABLETAS 200MG)

ANTIÁCIDO Sí ☐ No ☐
(Tums, para malestar estomacal)

Si no se puede localizar a ninguno de los padres en caso de una emergencia, utilizaremos nuestra base de datos aspen X2 para identificar los contactos autorizados por usted para recoger a su hijo o hija de la escuela. Por favor notifique a la Sra. Annie Sloan (asloan@gltech.org) de haber cualquier cambio antes del 15 de septiembre de 2025.

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

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.**