

23E

BUTLER MIDDLE SCHOOL

FORMULARIO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____ HR# _____

DIRECCIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Bus # a la escuela _____ Bus # casa _____ Caminador _____

EL ESTUDIANTE VIVE CON (POR FAVOR CIRCULA)

(SR. & SRA.) (MADRE) (PADRE) (TUTOR) (OTRO)

NOMBRE: _____ NÚMERO# _____ TRABAJO# _____

NOMBRE: _____ NÚMERO# _____ TRABAJO# _____

En caso de enfermedad, accidente, o emergencia, y no podemos contactar el padre/tutor, la escuela está autorizada para contactar las siguientes personas para recoger o ayudar mi niño.

NOMBRE: _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO# _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO# _____

En caso de emergencia, la escuela tiene permiso de llevar su hijo al hospital? _____

NOMBRE DEL MÉDICO _____ TELÉFONO# _____

Qué seguro médico tiene actualmente? _____

Condiciones medicas/alergias, etc. _____

Tenemos permiso de grabar/tomar fotos de/entrevistar su hijo durante un evento especial? _____

Firma de padre/tutor _____

Formulario de Emergencia Médica

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: ____ Salón de Hogar: _____

Dirección _____

Padre/Madre/Guardián _____ #teléfono de la casa _____

Del trabajo (madre) _____ # del celular (madre) _____

del trabajo (padre) _____ # del trabajo (padre) _____

Médico del estudiante _____ # de teléfono _____

Alistar 3 adultos locales (con excepción del padre/guardián) que asumirá cuidado inmediato de su niño/a o tomara a su niño/a de la escuela en caso de enfermedad o emergencia.

Nombre: _____ # de teléfono: _____

Nombre: _____ # de teléfono: _____

Nombre: _____ # de teléfono: _____

Circular todas las condiciones de salud actual o activa que se aplican a su niño/a:

ADD ADHD Ansiedad Asma Autismo/PDD Parálisis cerebral Depresión Diabetes Condición del corazón

Intolerancia de la lactosa Migrañas Otros (especifique)

Problemas de visión (especifique) Lentes de cristal _____ Contactos _____ Asiento preferencial _____

Problemas de audífono (especifique) Izquierdo _____ Derecho _____ Audífonos _____ Izquierdo _____ Derecho _____
Asiento preferencial _____

Alergias (favor de listar todas)

¿Tiene su niño/a una receta de Adrenalina (EpiPen) para el tratamiento de la alergia alista arriba? Si No

Alistar medicamento y dosis que toma su niño/s regularmente o según necesite:

¿Tiene su niño/a seguro médico? Sí No ¿MassHealth? Sí No

Yo le doy permiso a la enfermera de la escuela que comparta información relevante a la condición de salud de mi niño/a con el personal apropiado cuando necesite para cumplir con las necesidades de la salud de mi niño/a. Si No

¿En caso de emergencia su niño/a será transportado al hospital en ambulancia.

Doy autorización para que la enfermera de la escuela contacte el Dr. de mi niño/a si es necesario.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

BUTLER MIDDLE SCHOOL

FORMULARIO DE PERMISO PARA TRAER CELULAR A LA ESCUELA

Nombre del Estudiante: _____
(apellido) (nombre)

Homeroom# _____

I am requesting that my child be allowed to bring a cell phone to school. I agree to the following.

Estoy pidiendo que mi hijo tenga permiso de traer su celular a la escuela. Estoy de acuerdo con lo siguiente:

~El estudiante SI va entregar su teléfono a su maestro/a de homeroom cuando llegue a la escuela.

~El estudiante SI es responsable por recoger el teléfono al fin del día.

~La escuela guardara los telefonos en un área segura y con candado, pero la escuela NO esta responsable por la pérdida o daño de los teléfonos fuera del control de la escuela.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____