

Essex Escuela Secundaria Agrícola y Técnica
Esta Información Confidencial Debe Ser Suministrada por la Primera Semana de Escuela

El estudiante Name _____ Grade/Div _____ Date de Nacimiento _____

Address _____ Tel: _____

Reside con : Engendre Ambos Padres Madre Otro (Rodee Un Único)

El Nombre de la Madre _____ a Casa Telefona al Teléfono de Trabajo de _____

El Nombre del Padre _____ a Casa Telefona al Teléfono de Trabajo de _____

El Guarda Legal _____ a Casa Telefona al Teléfono de Trabajo de _____

**** En caso repentino, la enfermedad grave o un accidente que requiere la asistencia médica, y el padre no pueden ser alcanzados, el estudiante será tomado "a la Instalación de Emergencia más Cercana" (ambulancia si es necesario) y el padre será responsable de todos los gastos médicos incurridos. Por esta razón es importante tener números de emergencia donde la escuela puede alcanzar a los padres o su designar durante horas escolares.**

Personas para Notificar en EMERGENCIA si Padre/Guarda no Puede ser Alcanzado

Name _____ Relationship _____

Día Telephone _____

Name _____ Relationship _____

Día Telephone _____

¿Tiene su Niño el Seguro de Salud? Sí/No (Rodean Un) el Proveedor _____

Número de Política _____ Nombre de Suscriptor _____

**** Si usted no tiene ningún seguro de salud, Massachusetts tiene proyectos de seguro de salud que proveerán a niños no asegurados de la asistencia médica económica. (Las restricciones pueden aplicarse) Por favor póngase en contacto con la enfermera escolar para la información sobre estos programas. Todas las comunicaciones serán confidenciales.**

Primaria Doctor _____ Tel: _____ Last _____ físico

Dentist _____ Tel: _____ Last Visto _____

Si es necesario, doy el permiso para la enfermera escolar para dar a mi niño la medicación (ones) siguiente:

Benadryl Sí ___ Ningún ___ Tylenol Sí ___ Ningún ___ Roloids Sí ___ Ningún ___ Ibuprofen Sí ___ Ningún ___
Pastillas para la tos Sí ___ Ningún ___ Aspirina Almacenada en un buffer Sí ___ Ningún ___ Sudafed Sí ___ Ningún ___

Por favor note cualquier otra medicación que su niño toma durante el día, incluso dosis:

Padre/Guarda Signature _____ Date _____ (OVER)