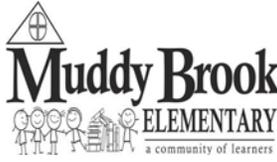


MUDDY BROOK REGIONAL ELEMENTARY SCHOOL
Berkshire Hills Regional School District
Great Barrington Stockbridge West Stockbridge



Formulario de emergencias e Información sobre Salud (Complete ambos lados/Favor de usar tinta y de escribir claramente con letras de imprenta)

ESCUELA: MUDDY BROOK ELEMENTARY Año Escolar: _____ Grado: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Padre(s)/Custodio(s) Nombre(s) Completo(s): _____

Dirección Residencial: _____ Teléfono en casa: _____

Pueblo de residencia: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección para correo: _____

El niño reside con: 1. _____ Relación: _____ Número en su trabajo _____ Celular: _____
2. _____ Relación: _____ Número en su trabajo _____ Celular: _____

Hermanos que asisten a otras escuelas regionales de Berkshire Hills:

Nombre completo del hermano(a):	Grado:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Dirección de correo electrónico: _____

Personas a quienes debe ponerse en contacto en caso de una emergencia o enfermedad (asumirán la responsabilidad para transportación—Ponga los nombres en orden de preferencia, incluyendo padres)

1. _____	Relación: _____	Casa: _____	Trabajo: _____	Celular: _____
2. _____	Relación: _____	Casa: _____	Trabajo: _____	Celular: _____
3. _____	Relación: _____	Casa: _____	Trabajo: _____	Celular: _____

Información sobre padres que no tienen custodio (si es pertinente).

Nombre _____ Relación al niño _____
Dirección Residencial _____
Dirección para correo _____
Teléfono en casa # _____ Trabajo# _____
Celular # _____

Si hay individuos a quien(es) la escuela NO DEBE ENTREGAR A SU HIJO porque hay un documento legal y actual en la corte en posesión de la escuela, FAVOR DE ENUMERAR ABAJO ESOS NOMBRES:

Nombre(s) _____

Información Actual de Salud (Esta información sólo debe estar en la oficina de la Enfermera de la escuela)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Doctor: _____ Teléfono _____

Otros doctores a quienes el niño consulta: _____

Dentista: _____ Teléfono _____

Aseguranza Médica Sí _____ Privada _____ Pública _____ (Mass Health, CMSP)
No _____

Necesita ayuda confidencial para obtener seguro médico para su niño?
Sí _____ No _____

Problemas de salud del niño (cardíacos, asma, convulsiones, otros):

Problemas para oír Oído izquierdo _____ derecho _____ Audífonos _____

Problemas de visión Usa lentes _____ Usa lentes de contacto _____

Alergias del niño (comidas, insectos, ambientales) y describa la reacción del niño:

Nombres de medicamentos que toma regularmente:

Alguna otra información médica que debe saber la oficina encargada de la salud de los niños:

___ Doy permiso para que la enfermera de la escuela proporcione información relevante sobre la condición de salud de mi hijo al personal escolar apropiado cuando sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo, y para intercambiar la información de mi hijo con autoridades médicas con el propósito de derivación, diagnóstico y tratamiento. También doy permiso para el transporte de ambulancias al hospital en caso de que se determine que es necesario un tratamiento de emergencia.

Firma del Padre/Custodio _____ Fecha _____

Medicamentos en la Escuela

Grados K-6 exigen una orden del doctor y el consentimiento escrito del padre para cualquier medicamento o sin receta (OTC) como Tylenol o con receta si ha de ser dado en la escuela. Todo medicamento que va a ser dado debe ser traído a la escuela en su recipiente original. Estos formularios están disponibles en la dirección del Web de Muddy Brook y Monument Valley o pueden ser conseguidos de la Oficina de Salud en cada escuela.