

DR. GERTRUDE M. BAILEY INTERNATIONAL SCHOOL

EMERGENCY INFORMATION FORM (FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA)

Legal Name of Child (Nombre Legal del Niño/a) _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento) _____

☐ Male (☐ Masculino) ☐ Female (☐ Femenino) Language Spoken at Home (Idioma que se Habla en Casa) _____

Address (Dirección) _____ Zip Code (Código Postal) _____

Home Phone: (Teléfono de Casa:) _____

Parent or Guardian #1 (Padre o Tutor #1) ☐ Custodial Parent (☐ Padre/Madre con Custodia)

Name (Nombre) _____

Cell Phone (Teléfono Celular) _____

Work Phone (Teléfono del Trabajo) _____

Email Address (Dirección de Correo Electrónico) _____

Parent or Guardian #2 (Padre o Tutor #2) ☐ Custodial Parent (☐ Padre/Madre con Custodia)

Name (Nombre) _____

Cell Phone (Teléfono Celular) _____

Work Phone (Teléfono del Trabajo) _____

Email Address (Dirección de Correo Electrónico) _____

Does your child have siblings at the Bailey? (¿Tiene su hijo/a hermanos/as en la Escuela Bailey?) ☐ Yes, names: (☐ Sí, nombres:) _____ ☐ No (☐ No)

Transportation: (Transporte:)

☐ Does your child arrive at school by bus? (¿Llega su hijo/a a la escuela en autobús?) ☐ Yes, bus number (☐ Sí, número de autobús) _____

How does your child leave school at dismissal? (¿Cómo se va su hijo/a de la escuela al finalizar el día?)

☐ By bus number (☐ En autobús número) _____ ☐ Walking (☐ Caminando) ☐ CTI Bailey School site (☐ Sitio de la Escuela CTI Bailey)

☐ Other: (☐ Otro:) _____

Save (Guardar)

LAST NAME (APELLIDO) _____ FIRST NAME (NOMBRE)

Emergency Contacts: (Contactos de Emergencia:)

In case of emergency, illness or accident, if the parent or guardian cannot be reached, these emergency contacts are authorized to pick up or assist my child: (En caso de emergencia, enfermedad o accidente, si no se puede contactar a los padres o tutores, estos contactos de emergencia están autorizados a recoger o ayudar a mi hijo/a:)

Name (Nombre)	Relationship (Relación)	Phone (Teléfono)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

GRADE (GRADO) _____ ROOM # (NÚMERO DE SALÓN) _____

Permissions: (Permisos:)

In case of medical emergency, does the school have your permission to take your child to the nearest hospital? (En caso de emergencia médica, ¿tiene la escuela su permiso para llevar a su hijo/a al hospital más cercano?) ☐ Yes (☐ Sí) ☐ No (☐ No)

Do we have permission to serve your child food (ice cream, popsicles, pizza) as related to school activities? (¿Tenemos permiso para servirle a su hijo/a comida (helado, paletas, pizza) relacionada con las actividades escolares?) ☐ Yes (☐ Sí) ☐ No (☐ No)

Do you have your permission to take your child on field trips (by bus or on foot)? (¿Tiene permiso para que su hijo/a vaya a excursiones (en autobús o a pie)?) ☐ Yes (☐ Sí) ☐ No (☐ No)

Do we have your permission to videotape/photograph/interview your child during special activities and events that take place in school? (¿Tenemos su permiso para grabar en video/fotografiar/entrevistar a su hijo/a durante actividades y eventos especiales que tengan lugar en la escuela?) ☐ Yes (☐ Sí) ☐ No (☐ No)

Does the school social worker have permission to speak ... (¿Tiene permiso el trabajador social de la escuela para hablar ...)

Please Print: (Por Favor, Imprima:)

Student: (Estudiante:) _____

Date of Birth: (Fecha de Nacimiento:) _____

Gender: (Género:) ☐ M/F (☐ M/F) Grade: (Grado:) _____

Address (Dirección) _____

Parent/Guardian (Padre/Madre/Tutor) _____

Mother's work # (Número de trabajo de la madre) _____

Father's work # (Número de trabajo del padre) _____

Student's Physician (Médico del Estudiante) _____

Telephone # (Número de Teléfono) (978) _____

Mother's Cell Phone # (Número de celular de la madre) _____

Father's Cell Phone # (Número de celular del padre) _____

List 3 local adults (other than parent/guardian) who will assume immediate care of your child and pick up your child at school in the event of illness or emergency: (Liste 3 adultos locales (que no sean los padres o tutores) que asumirán el cuidado inmediato de su hijo/a y lo/la recogerán en la escuela en caso de enfermedad o emergencia:)

Name: (Nombre:)	Tel: (Teléfono:)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Circle all current or active health conditions that apply to your child: (Encierre en un círculo todas las condiciones de salud actuales o activas que se apliquen a su hijo/a:)

ADD (TDA) ADHD (TDAH) Anxiety (Ansiedad) Asthma (Asma) Autism/PDD (Autismo/TEA) Cerebral Palsy (Parálisis Cerebral) Depression (Depresión) Diabetes (Diabetes) Heart Condition (Condición Cardíaca)

Lactose Intolerance (Intolerancia a la Lactosa) Migraines (Migrañas) Seizure Disorder (Trastorno de Convulsiones)

OTHER (please list) (OTRO (por favor, liste)) _____

Vision Problems (specify) (Problemas de Visión (especifique)) ☐ glasses (☐ gafas) ☐ contacts (☐ lentes de contacto)

Hearing Problems (specify) (Problemas de Audición (especifique)) ☐ Left (☐ Izquierda) ☐ Right (☐ Derecha) ☐ Hearing aids: Left (☐ Audífonos: Izquierda) ☐ Right (☐ Derecha)

Allergies (please list) (Alergias (por favor, liste)) _____

Is your child prescribed an Epi pen for treatment of the allergy listed above? (¿Le recetaron a su hijo/a un EpiPen para el tratamiento de la alergia mencionada anteriormente?) ☐ Yes (☐ Sí) ☐ No (☐ No)

List medication and dosage taken by your child on a regular basis or as needed: (Liste los medicamentos y la dosis que toma su hijo/a de forma regular o según sea necesario:)

Does your child have health insurance? (¿Tiene su hijo/a seguro médico?) ☐ Yes (☐ Sí) ☐ No (☐ No)

MassHealth? (¿MassHealth?) ☐ Yes (☐ Sí) ☐ No (☐ No)

I give permission to the school nurse to share information relevant to my child's health condition with appropriate school personnel as needed to meet my child's health and safety¹ needs. (Doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir información relevante sobre la condición de salud de mi hijo/a con el personal escolar apropiado según sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo/a.)

In case of emergency, your child will be transported to the hospital by EMS. (En caso de emergencia, su hijo/a será transportado/a al hospital por el SEM (Servicios Médicos de Emergencia).)

I hereby authorize the school nurse to contact my child's physician if necessary. (Por la presente, autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse con el médico de mi hijo/a si es necesario.)

Signature of Parent/Guardian (Firma del Padre/Madre/Tutor)

Date (Fecha)

TEACHER (MAESTRO/A)