

Escuelas estatales de Knox  
Inscripción para de estudiantes nuevos

SÓLO POR USO DE OFICINA	
Student ID	_____
Homeroom	_____
Year	_____
School	_____
Bus Number	_____

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Número de PIN del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento/ciudad: \_\_\_\_\_

Condado de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la madre: \_\_\_\_\_

**Sexo:** ☐ Femenino ☐ Masculino

**Etnia:** ☐ Hispano ☐ No-Hispano

**Raza:** (compruebe todo el que aplíquese)

☐ Asiático

☐ Negro

☐ Indio Americano

☐ Isleño Pacífico

☐ Blanco

**Dependiente de una** ☐ El Servicio Militar Activo

**personal en:** ☐ La Guardia Nacional

(si procede)

☐ La Reserva Militar

**Anote el nombre de los estudinates de la misma familia que asisten a cualquier escuela en el condado de Knox** (que viven en la misma casa) -- Por favor de incluir el apellido, nombre y fecha de nacimiento.

_____	_____
_____	_____

**Anote todos los tutores de forma individual. Si el esndiante tiene más de dos tutores, por favor utilice el espacio añadido al final de este formulario para los otros contactos.**

Contacto principal: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\*Teléfono primario #: \_\_\_\_\_

Tel. de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Otro #: \_\_\_\_\_

\*Celular: \_\_\_\_\_

Email primario: \_\_\_\_\_

Email secundario: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\*Teléfono primario #: \_\_\_\_\_

Tel. de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Otro #: \_\_\_\_\_

\*Celular: \_\_\_\_\_

Email primario: \_\_\_\_\_

Email secundario: \_\_\_\_\_

„Este es el número de teléfono que recibe llamadas telefónicas automatizadas.

**Notas** (personas otras que los padres/tutores quienes pueden recoger el niño.)

Nombre \_\_\_\_\_ Números de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Números de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Números de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Números de teléfono \_\_\_\_\_

ESCUELAS DEL CONDADO DE KNOX

PRUEBA DE RESIDENCIA PARA LA INSCRIPCION EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Escuela zonificado para asistir a: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección actual \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección anterior: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

A fin de verificar la residencia dentro de la zona de asistencia a la escuela solicitada, se debe proporcionar un documento actual como se detalla a continuación y fechado dentro de los últimos 60 días, que muestre el nombre y la dirección del padre/tutor. Los números de casilleros postales no son aceptables para verificar la residencia.

PRUEBA DE RESIDENCIA PROPORCIONADA POR EL PADRE/TUTOR:

\_\_\_ Escritura/Arrendamiento/Contrato de renta

\_\_\_ Factura de Servicios Públicos

\_\_\_ Declaración Notariada

Si la prueba de residencia proporcionada es una Declaración Notariada por el propietario o persona responsable del Arrendamiento, por favor proporcione el nombre de esta persona y su dirección. Esta persona deberá proveer la Escritura / Contrato de Arrendamiento o Factura de Servicios como prueba de residencia.

Nombre del Dueño o Arrendatario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Dueño o Arrendatario: \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA:** La falsificación de cualquier información o documento requerido para comprobar la residencia o el uso de la dirección de otra persona sin realmente residir allí, provocará el inmediato retiro del estudiante de la escuela y será asignado a la escuela de su verdadera residencia.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en imprenta) padre/tutor del estudiante mencionado arriba, declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada es correcta y que el estudiante vive en la dirección dada Si la residencia cambia notificaré a la escuela en el plazo de 2 semanas.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del funcionario de la escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## GUARDIANSHIP CONFIRMATION FORM

Student Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

1. What is your relationship to the student?

Parent\_\_\_\_ Guardian\_\_\_\_ Foster Parent\_\_\_\_

2. If you are the parent, are you legally married to the child's other parent?

Married\_\_\_\_ Seperated\_\_\_\_ Divorced\_\_\_\_ Never Married\_\_\_\_

3. Is this child subject to a parenting plan or court order?

Yes\_\_\_\_ Copy Submitted\_\_\_\_ *\*copy is required to be on file at school\**

No\_\_\_\_

4. Are there any protection orders in place?

Yes\_\_\_\_ *\*copy is required to be on file at school\**

No\_\_\_\_

5. Are you sharing your current residence with someone? (ex:grandparents, in-laws, other family, friend)

Yes\_\_\_\_ No\_\_\_\_

6. Is your current residence temporary\_\_\_\_ or permanent\_\_\_\_?

7. Does the student have any siblings or other family relatives that attend Lonsdale? If so, please list their name and grade level.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, (print Parent/Legal Guardian name)  
declare the above information correct.

Signature: \_\_\_\_\_

Escuelas del Condado de Knox  
**Perfil Médico del Estudiante**

*Esta información será utilizada por la enfermera de la escuela para cuidar a su hijo*

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (1° nombre) (2° nombre)

Grado: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_

Requirió el estudiante atención médica/hospitalización al nacer o en cualquier otro tiempo? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Requiere el estudiante un procedimiento médico diario por parte de una enfermera de la escuela? Sí por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Toma el alumno medicamentos? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Le parece a Usted que el estudiante tiene problemas de visión, audición, o el habla? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

El estudiante tiene historia de (Marque todas las que apliquen): A= Actualmente P=En el Pasado

A	P	A	P	A	P	A	P			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shunts/hydrocephalus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Celíaca	<input type="checkbox"/>	Tubo alimentación G/J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la piel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma/Enfermedad de las vías respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/>	Defectos Cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas estomacales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Requiere inhalador (envíelo a escuela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Crohn	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para tragar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis Quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traqueotomía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distrofia Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome cerebral Traumático
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espina bífida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión de columna vertebral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picadoras de abejas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Ortopédicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas urinarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Requiere Epi-pen (envíelo a la escuela)								

Si ha marcado alguno, por favor explique: \_\_\_\_\_

Es importante que los maestros y el director de la escuela tengan la información médica correcta para que sean capaces de manejar apropiadamente cualquier emergencia que se presente. Resuma cualquier condición médica especial: \_\_\_\_\_

¿Requiere su hijo alguna adaptación especial para su dieta? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa y Ud. quiere que su hijo coma en la escuela, por favor obtenga del doctor de su hijo un formulario de solicitud de dietas especiales.

Forma completada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_



## ESCUELAS DEL CONDADO DE KNOX

Para: Los Padres/Tutores de estudiantes que ingresan o se retiran de las escuelas del Condado Knox

De: Apoyo Estudiantil

Re: Servicios de Educación Especial Disponibles a través de las Escuelas del Condado Knox

Las Escuelas del Condado de Knox ofrecen una gama completa de servicios para los estudiantes que califican para educación especial bajo la Ley de Mejoramiento de la Educación para Individuos con Discapacidades (IDEIA '04).

Si Ud. piensa que su hijo necesita Educación Especial u otros servicios y desea que las Escuelas del Condado de Knox le brinden esos servicios, comuníquese con la escuela a la que pertenece su hijo \_\_\_\_\_ o llame al Servicio de Asistencia para Estudiantes al 594-1540.

Si hay registros disponibles para revisión u otra información que la escuela pueda necesitar para determinar los servicios apropiados para su hijo, firmes y devuelva un formulario de Divulgación de Información disponible en su escuela para que podamos revisar esos registros y planificar servicios, si es necesario.

Gracias por su ayuda en este asunto.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**(Por favor devuelva una copia firmada de este formulario a la escuela  
y conserve una para sus archivos)**





Education

## Tennessee Parent Occupational Survey



Under Title I, Part C of the Elementary and Secondary Education Act (ESEA) our school district provides supplemental services to the children of agricultural workers who have recently moved. This survey is to help the school identify if your child might qualify for these free supplemental services such as tutoring, school supplies, summer camps in select counties, and other free services. Please answer the following questions and return this form to your child's school. The information provided below will be kept confidential.

Today's Date

Parent/Guardian First &amp; Last Name

Student First Name

Student Last Name






School Name

Student Grade

1. Have you or an immediate family member performed any agriculture or fishing jobs temporarily or seasonally, in any part of the United States, in the past 3 years? Check all that apply.

NO

YES. Check all that apply:

<b>Agriculture/Field Work:</b> planting, picking, sorting crops, soil preparation, irrigation, fumigation  <input type="checkbox"/>	<b>Processing &amp; Packaging:</b> fruit, vegetables, chicken, pork, beef, eggs, etc.  <input type="checkbox"/>	<b>Dairy/Cattle Raising:</b> feeding, milking, rounding up.  <input type="checkbox"/>
<b>Nursery/Greenhouse:</b> planting, potting, pruning, watering, harvesting  <input type="checkbox"/>	<b>Forestry:</b> soil preparation, planting, cutting trees; does not include landscaping.  <input type="checkbox"/>	<b>Other:</b> Any other agriculture or fishing work, please list here: _____ _____

2. In the past 3 years, has your family moved to another state, city, school district, and/or county?

NO

YES. My family has moved within the past 3 years. Indicate how long ago below.

Years

Months

Weeks

If you answered "Yes" to question 1, please complete the information below.  
A staff from the Migrant Education Program will follow up with your family to verify if you qualify for free services.

Home Street Address

Apt #

City

Zip Code

Telephone Number

Language

Email Address

Best Day of Week and Time to Call

**For School Use Only:** Please forward all surveys with a "YES" response to Question 1 to your district migrant liaison for them to submit to the ID&R Team through [tn.msedd.com](mailto:tn.msedd.com). If you have any questions, email the TN MEP ID&R Team: [idr@tn-mep.net](mailto:idr@tn-mep.net)

Student State ID:

Enrollment Date:

District ID:



# VINE SCHOOL HEALTH CENTER

## PERMISO PARA SERVICIOS MEDICOS

☐ Paciente Nuevo ☐ Paciente Establecido ☐ Foster Care/DCS  
(Por favor, marque todo lo que corresponda)

### Información del Niño/a

Nombre del niño/a:	Fecha de nacimiento:	Sexo: Hombre Mujer Otro
Número de Seguro Social:	Nombre de su Farmacia:	Raza:
Dirección (calle, ciudad y código postal):	Dirección de su Farmacia:	
Escuela y Grado:		

### Información de los Padres/Tutor Legal. Esta sección debe ser completada por un padre biológico o guardián legal asignado por la corte.

Nombre del padre (1):	Nombre del padre (2):	¿Niño en con DCS/Cuidado de crianza? Sí No
Padre (1) Fecha de Nacimiento:	Padre (2) Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Documentos de custodia proporcionados a la clínica
Padre (1) # de Teléfono:	Padre (2) # de Teléfono:	Nombre de los padres de crianza:
Padre (1) Dirección:	Padre (2) Dirección:	Teléfono celular de los padres de crianza:
Padre (1) Correo electrónico:	Padre (2) Correo electrónico:	Nombre del trabajador social y teléfono celular:

### Información de Seguro Médico. Todos los servicios requieren una forma de pago.

Proveedor de Seguro Médico:	Número de su Póliza / Número de identificación:	Número de Grupo:
Pago por cuenta propia Ninguno		
Nombre del Garante (Si el seguro es TNCare, déjelo en blanco):	Empleador del padre y número de teléfono del empleador:	

### Información Adicional Sobre su Hijo/a:

#### Medicamento que el/ella este actualmente tomando (recetado o de venta libre):

¿El niño tiene alguna alergia? No Sí ¿A qué?	¿El niño está en el programa de almuerzo gratis o a precio reducido en la escuela? No Sí	¿Tiene el niño un proveedor de atención médica primaria? No Sí ¿Quién?
¿Tiene algún problema de salud mental? No Sí	¿Tiene algún problema de salud actualmente o pasado? No Sí	¿Tiene un IEP o servicios de educación especial? No Sí
Diagnóstico:	Diagnóstico:	Discapacidad:

### Personas autorizadas para participar en el cuidado de su hijo en Vine School Health Center:

Doy mi consentimiento para que Vine School Health Center divulgue información personal/física/mental de mi hijo/a que consista en: información de citas, diagnóstico y/o información médica de salud mental/medicación/instrucciones a: (Enumere los nombres de las personas designadas y los números de contacto).

Nombre de la persona/contacto de emergencia (1):	# de Teléfono y Dirección:	Relación con el niño/a:
Nombre de la persona/contacto de emergencia (2):	# de Teléfono:	Relación con el niño/a:

### Por favor firme sus iniciales en las siguientes declaraciones:

Inicial	Se me ha proporcionado una copia del Aviso de Acuerdo de Prácticas de Privacidad del Vine School Health Center para revisar o puedo solicitar una copia.
Inicial	Doy permiso a East Tennessee Children's Hospital para divulgar información de salud al Vine School Health Center con respecto a la evaluación y el tratamiento de mi hijo/a.
Inicial	Doy permiso al Vine School Health Center para divulgar información al Sistema Escolar del Condado de Knox sobre el cuidado de mi hijo/a.
Inicial	Entiendo, Vine School Health Center facturará a los seguros por los servicios. Si corresponde, los servicios califican para una tarifa de escala móvil/pago por cuenta propia.

### Para que este niño/a tenga servicios en Vine School Health Center, firme abajo:

Vine School Health Center es un esfuerzo de colaboración entre las Escuelas del Condado de Knox y la Facultad de Enfermería de la Universidad de Tennessee y está ubicado en Vine Middle Magnet School y con clínicas satélite en otras escuelas. Entiendo que estos servicios, realizados cuando lo solicitan los padres o después de que el personal de la clínica se haya puesto en contacto con ellos, la atención será proporcionada por enfermeras, enfermeras practicantes, trabajadores sociales, pasantes de trabajo social, estudiantes de enfermería practicantes y estudiantes de enfermería, y médicos, e incluyen, entre otros: exámenes de niño sano, vacunas, educación para la salud, atención de enfermedades agudas, primeros auxilios generales, consejería de salud mental, manejo de casos y exámenes físicos deportivos. Al firmar este formulario, estoy dando mi permiso para que este niño/a reciba servicios de Vine School Health Center.

Firma del Padre/Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ESCUELAS DEL CONDADO DE KNOXVILLE

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

MOTIVO POR VISITAR LA SALA DE URGENCIAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RAZON POR LA QUE SE PIDE ESTA INFORMACION.

Las escuelas del condado de Knoxville les gusta saber si su hijo(a) visita la sala de urgencias. La enfermera de la escuela se mantendrá al pendiente en cuanto se entere de que su hijo(a) visito la sala de urgencias. La enfermera de la escuela asignara administrador de caso para su hijo(a) si esto fuera necesario.

Al firmar este document doy mi consentimiento para que Children's Hospital pueda darle infomación a la enfermera de la escuela acerca de la visita de mi hijo(a) a Children's Hospital.

Relación al paciente

PADRE ( )

TUTOR LEGAL ( )

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fécha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Maestro(a): \_\_\_\_\_