



INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE

FOR OFFICE USE ONLY	SCHOOL INFORMATION	START DATE _____
STUDENT NO _____	SCHOOL YEAR _____	SCHOOL NAME _____
NEW ENROLLMENT _____	RE-ENTRY _____	LOCKER # _____
HOME ROOM _____ GRADE _____		

Por favor **ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE** claramente en las áreas en blanco

INFORMACION DEL ESTUDIANTE			
APPELLIDO LEGAL (sufijo, por ejemplo, Jr., II, etc.) _____	NOMBRE _____	SEGUNDO NOMBRE _____	NOMBRE POR EL CUAL SE CONOCE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	(Sexo M/F) _____	ESTADO DONDE NACIO (O PAIS SI NO NACIO EN LOS ESTADOS UNIDOS) _____	
ETNICIDAD (SELECCIONE UNO)	RAZA (MARQUE TODO LO QUE LE APLIQUE)		
<input type="checkbox"/> No, no Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Sí, Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/otra Isla del Pacifico	<input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Nativo de Alaska	
IDIOMA PRIMARIO HABLADO: _____		IDIOMA QUE SE HABLA EN LA CASA : _____	
ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIO: _____		¿ESTA BAJO SUSPENSION O EXPULSION EL ESTUDIANTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿EL ESTUDIANTE HA ASISTIDO AL DISTRITO DE SHAWNEE MISSION ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
POR FAVOR INDIQUE SI EL ESTUDIANTE TIENE UN PLAN DE EDUCACION INIDIVUAL (IEP) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
SU ESTUDIANTE TIENE UN PLAN 504 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

INFORMACION FAMILIAR	
¿EXISTE ALGUNA ORDEN JUDICIAL EN RELACION A LA CUSTODIA DEL ESTUDIANTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<small>*Padres que no tienen custodia pueden tener acceso a la información del estudiante a menos que haya sido prohibido por orden de la corte. La escuela tiene que tener una copia de este documento si acceso ha sido prohibido.</small>	
¿DESEA RESTRINGIR INFORMACION DEL ESTUDIANTE/FAMILIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<small>**Si usted elige restringir información, el nombre de su estudiante no aparecerá en el directorio de la escuela y su nombre no será proveído a otras agencias incluyendo a la Milicia de los EE.UU., y universidades.</small>	
¿TIENE EL ESTUDIANTE ALGUN PADRE ACTIVO EN LA MILICIA DE EE.UU.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RESIDENCIA PRIMARIA – INFORMACION DE CONTACTO			
DIRECCION _____	CIUDAD _____	ESTADO _____	CODIGO POSTAL _____
TUTOR LEGAL 1	APELLIDO _____	NOMBRE _____	SEGUNDO NOMBRE _____
RELACION _____			
NUMERO DE TELEFONO PRIMARIO	NUMERO DE TELEFONO SECUNDARIO	NUMERO ADICIONAL	
() _____ - _____	() _____ - _____	() _____ - _____	
<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	

TUTOR LEGAL 2	APELLIDO _____	NOMBRE _____	SEGUNDO NOMBRE _____
RELACION _____			
NUMERO DE TELEFONO PRIMARIO	NUMERO DE TELEFONO SECUNDARIO	NUMERO ADICIONAL	
() _____ - _____	() _____ - _____	() _____ - _____	
<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	
CORREO ELECTRONICO :			

RESIDENCIA SECUNDARIA – INFORMACION DE CONTACTO			
DIRECCION _____	CIUDAD _____	ESTADO _____	CODIGO POSTAL _____
TUTOR LEGAL 1	APELLIDO _____	NOMBRE _____	SEGUNDO NOMBRE _____
RELACION _____			
NUMERO DE TELEFONO PRIMARIO	NUMERO DE TELEFONO SECUNDARIO	NUMERO ADICIONAL	
() _____ - _____	() _____ - _____	() _____ - _____	

<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO		
CORREO ELECTRONICO :				
TUTOR LEGAL 2 APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
RELACION				
NUMERO DE TELEFONO PRIMARIO	NUMERO DE TELEFONO SECUNDARIO	NUMERO ADICIONAL		
() -	() -	() -		
<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO		
CORREO ELECTRONICO :				
INFORMACION RESIDENCIAL ADICIONAL				
Esta sección se trata de McKinney-Vento Act (personas sin hogar). ¿Dónde está viviendo el estudiante actualmente?				
<input type="checkbox"/> En un refugio _____ (nombre) <input type="checkbox"/> En un motel, carro o campamento	<input type="checkbox"/> Viviendo solo sin padres, viviendo independientemente <input type="checkbox"/> Temporalmente con más de una familia (debido a pérdida de empleo, hogar, etc.)	<input type="checkbox"/> Temporalmente con más de una familia en una casa, casa móvil, o apartamento debido a que la familia no tiene su propio lugar. <input type="checkbox"/> Ninguno de los arriba indicados		
TODOS LOS NIÑOS RESIDIENDO EN EL HOGAR:				
APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA	
1. _____	_____	____/____/____	_____	
2. _____	_____	____/____/____	_____	
3. _____	_____	____/____/____	_____	
4. _____	_____	____/____/____	_____	
ELIGIBILIDAD PARA MIGRANTE				
1. ¿Usted o algún miembro de su familia se ha mudado en los últimos 36 meses para trabajar o aplicar en algún trabajo relacionado con la agricultura, pesca; incluyendo, tambos, viveros, procesadoras de carne o vegetales, pastura o trabajo de campo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
2. ¿Si su respuesta es sí, se ha mudado en los últimos tres años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA En caso de emergencia o enfermedad cuando no podemos comunicarnos con los padres				
#1	APELLIDO	NOMBRE	TITULO	RELACION CON EL ESTUDIANTE
NUMERO PRIMARIO	NUMERO SECUNDARIO		NUMERO ADICIONAL	
() -	() -		() -	
<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO		<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	
#2	APELLIDO	NOMBRE	TITULO	RELACION CON EL ESTUDIANTE
NUMERO PRIMARIO	NUMERO SECUNDARIO		NUMERO ADICIONAL	
() -	() -		() -	
<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO		<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	
#3	APELLIDO	NOMBRE	TITULO	RELACION CON EL ESTUDIANTE
NUMERO PRIMARIO	NUMERO SECUNDARIO		NUMERO ADICIONAL	
() -	() -		() -	
<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO		<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> OTRO	

Entiendo que proveer información falsa deliberadamente en este documento puede resultar en una causa penal bajo el estatuto de Kansas § 21-5824, el cual prohíbe dar falsa información con el intento de fraude o inducir acción oficial, o sea, **UN DELITO**.

Notificaré a la oficina de la escuela inmediatamente o dentro de los tres (3) días hábiles, si el estudiante se muda del domicilio primario anotado arriba, o si cambia de dirección en cualquier momento.

Firma _____

Fecha _____

Fecha de Nac. : _____

(PADRE/ MADRE O TUTOR LEGAL)



ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Durante el proceso de inscripción, cada estudiante, padre o tutor, de acuerdo a las regulaciones estatales y federales, deberán llenar la siguiente encuesta acerca del idioma que se habla en el hogar. Esta encuesta será usada para determinar quienes serán evaluados en su habilidad con el idioma inglés y también para determinar su calificación para el Programa de Educación Para Trabajadores Migratorios. Si algunas de las respuestas de las preguntas 1 al 4 de este cuestionario indicaran otro idioma que no sea inglés, el estudiante será evaluado para determinar su elegibilidad para los servicios de Inglés Como Segundo Idioma (ELL). Sepa que estar expuesto a un segundo idioma no es, en sí mismo, indicativo de que automáticamente calificará para estos servicios.

Información del Estudiante

Nombre		Grado
Dirección		Fecha de nacimiento
Primer día de asistencia en una escuela en los Estados Unidos	Fecha de entrada en los Estados Unidos	Teléfono

Información acerca del idioma del estudiante:

- ¿En qué idioma el estudiante habló por primera vez?
Inglés _____ Español _____ Otros (Especifique) _____
- ¿En qué idioma el estudiante habla en casa? Esto **no** incluye idiomas que el estudiante aprende en una clase o a través de la televisión.
Inglés _____ Español _____ Otros (Especifique) _____
- ¿En qué idioma usted le habla a su hijo/a?
Inglés _____ Español _____ Otros (Especifique) _____
- ¿En qué idioma los adultos hablan en el hogar?
Inglés _____ Español _____ Otros (Especifique) _____

Para uso de la oficina solamente

If any answer to questions 1-4 indicates a language other than English,

1) contact your Reading Specialist or ELL Aide to schedule an IPT evaluation,

2) and email this form to mariamcyntire@smsd.org

Información de los Padres o Tutores:

- ¿En qué idioma usted lee y escribe? Inglés _____ Español _____ Otros (Especifique) _____

Información del Programa de Educación para Trabajadores Migratorios:

Este programa (MEP) es autorizado por Title I Parte C de Educación Primaria y Secundaria Acto de 1965 (ESEA). El MEP provee fondos a agencias locales de educación para establecer o mejorar los programas de educación de los niños que podrían calificar para el MEP. Por favor ayúdenos a determinar la elegibilidad de su hijo/a respondiendo las siguientes preguntas:

If an answer to either question 6 or 7 below is "yes," please fax this form to the ELL office at 913-993-8679. The migrant office will contact the family.

- ¿Su familia se ha mudado en los últimos 36 meses debido a la búsqueda de trabajo relacionado con la pesca o la agricultura?
Sí _____ No _____
- Si ha contestado "sí", ¿Ha cambiado de distrito escolar debido a este cambio? Sí _____ No _____

Para uso de la oficina solamente

Home School: _____

All Home Language Surveys are to be filed in the student's cumulative folder.

**Vea el reverso de este formulario para información adicional acerca del idioma del estudiante*

Firma de uno de los padres

Fecha

Propósito e intención de la Encuesta Acerca del Idioma en el Hogar

“Esta encuesta tiene el propósito de informar al distrito acerca del posible impacto que la transmisión o exposición de otro idioma podría causar en el desarrollo del estudiante respecto al aprendizaje del idioma inglés. Esto no significa que su hijo tendrá menos habilidad en inglés por estar expuesto a otro idioma.

Estas preguntas no tienen la intención de identificar a aquellos niños que están aprendiendo otros idiomas que no sea inglés por mirar programas educativos los cuales enseñan palabras o frases en otros idiomas. Las preguntas tampoco tienen la intención de identificar a los niños que están estudiando otros idiomas con el propósito de ser bilingües o tener más conocimiento acerca de los idiomas aparte de inglés. Un ejemplo podría ser tomar una clase de alemán los sábados o de español para cubrir los requisitos de la secundaria o ser informalmente instruido por alguien en el hogar que desea que su hijo aprenda otro idioma.”

Departamento de Educación de Kansas, 9 de enero de 2013

Kansas
Consentimiento de los Para Compartir Información y para Reembolso de Medicaid

Consentimiento Para Compartir Información:

Yo autorizo al Shawnee Mission School District USD #512 (Escuela) a compartir los registros o información acerca de la participación a servicios de mi hijo/a a médicos, otros proveedores de salud, el Departamento de Salud y Medioambiente del Estado de Kansas (KDHE), cualquier agencia de pagos de KDHE, cualquier agente de pagos en la escuela, como sean necesarios para procesar reclamos reembolsados por KDHE para servicios de salud cubiertos, evaluaciones de estos servicios y transporte, fechas cuando el estudiante recibe cualquiera de los servicios relacionados con su salud, los cuales son determinados por el Programa de Educación Individualizada (IEP), incluyendo la duración y frecuencia de servicios de IEP.

Consentimiento para acceso a Beneficios Públicos

- Doy consentimiento a la escuela para tener acceder a los beneficios públicos o del seguro del niño o de los padres para pagar los servicios bajo 34 C.F.R. parte 300.

Procedimientos de Seguridad:

- Entiendo que se le podría requerir a la escuela proveer ciertos servicios relacionados con la salud del estudiante que tiene un IEP sin costo alguno de parte de los padres, y que al reusarme a firmar este documento no afectaría si esos servicios son provistos sin costo alguno al estudiante mencionado arriba.
- Entiendo que no me exigirán incurrir en ningún gasto de mi parte como el pago de un deducible o pago parcial para presentar el reclamo por servicios. Entiendo que los beneficios de Medicaid de mi hijo/a no serán usados si implica:
 - (a) Disminución de la cobertura de por vida disponible o cualquier otro beneficio del seguro,
 - (b) su familia resulte pagando por los servicios que tendrían que haber sido cubiertos por un beneficio público o programa del seguro y que son requeridos para el niño/a en su tiempo fuera de la escuela;
 - (c) aumento de las cuotas o cancelación de beneficios del seguro; o
 - (d) riesgo de perder la elegibilidad para privilegios otorgados en el hogar y en la comunidad basados en los gastos agregados por condiciones de salud.
- También entiendo que el otorgar el consentimiento es un acto voluntario y podría ser revocado en cualquier momento. Si más adelante el consentimiento es revocado, no será retroactivo (Ej.: no negará ninguna acción que ocurra después que el consentimiento fue dado y antes que el consentimiento fue revocado)

Doy permiso a que la escuela comparta información y Registros de Educación y acceso a Beneficios Públicos como están detallados arriba en orden de presentar los reclamos al Departamento de Salud y Medioambiente de Kansas (KDHE)

No doy permiso.

_____ ID # del Estudiante

Nombre del Niño/a

Fecha de Nac.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

NOTIFICACION POR ACCEDER A BENEFICIOS PUBLICOS O SEGURO

Sobre la prueba de un consentimiento de los padres, la escuela presentará reclamos al Departamento de Salud y Medioambiente (KDHE), (incluyendo el compartir información de los registros o acerca de la participación del niño/a en servicios de médicos participantes, otros proveedores de salud, KDHE, agencias de pagos del KDHE, agencias de pagos de la escuela, a como sean necesarios para procesar reclamos reembolsados por KDHE) para servicios de salud cubiertos, evaluaciones de estos servicios y transporte, fecha cuando el estudiante recibe cualquiera de los servicios relacionados con su salud, los cuales son determinados por el Programa de Educación Individualizada (IEP), incluyendo la duración y frecuencia de servicios de IEP.

La escuela tendrá acceso a los beneficios públicos o del seguro suyo o del niño para pagar los servicios que estén debajo del 34 C.F.R. parte 300.

Acerca de servicios requeridos para proveer una apropiada educación publica sin costo (FAPE) para su hijo, la escuela no podrá:

- Requerir que usted se registre o se anote en beneficios públicos o programas del seguro en orden de que su hijo reciba FAPE.
- Requerirle que usted pague por expensas, como el pago de un deducible o pago parcial por llenar reclamos por servicios, aunque la escuela podría pagar el pago que se le correspondería a usted.
- Hacer uso de los beneficios si eso (i) disminuye la cobertura de por vida disponible o cualquier beneficio del seguro; (ii) si resulta en que su familia pague por servicios que de otro modo serian pagos por un beneficio público o programa del seguro y son necesarios para su hijo en el horario fuera de la escuela; (iii) Aumento de cuotas o cancelación de beneficios o seguro; o (iv) riesgo de perder la elegibilidad de privilegios otorgados en el hogar o la comunidad basados en los gastos agregados por condiciones de salud.

Usted tiene el derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento acerca de compartir información personal identificable acerca de su hijo con las partes enlistadas arriba.

El revocar el consentimiento o reusarse a proveer consentimiento para compartir información personal identificable acerca de su hijo con las partes enlistadas arriba no exime a la escuela de su responsabilidad de asegurarse de que todos los servicios requeridos sean provistos para usted sin costo.

Declaración de Inmunización

Nombre del estudiante _____

Yo, el padre / tutor de _____, declaro que todas las pruebas y / o inoculaciones requeridas por las Leyes de Inmunización Escolar de Kansas 72-5208, 72-5209, según enmendadas en 1992, están en proceso de recibirse. Los registros que indiquen que se completaron todas las vacunas requeridas de acuerdo con el Certificado de Inmunización de Kansas estarán en la oficina de la enfermera de la escuela dentro de los sesenta (60) días posteriores a la inscripción a la escuela.

Todos los estudiantes que se matriculen en el Distrito Escolar Shawnee Mission por primera vez, deberán presentar prueba escrita de que han recibido al menos una dosis de cada una de las inmunizaciones requeridas por el estado de Kansas antes de poder asistir a ninguna clase.

Además, entiendo que si no he presentado información que muestre que las vacunas están actualizadas dentro de los 60 días de la inscripción, se excluirá al estudiante de la escuela hasta que se proporcione un comprobante de las inmunizaciones requeridas.

Firma del Padre / Tutor: _____

Declaración de examen físico

Nombre del estudiante _____

Yo, el padre / tutor de _____, afirmo que entiendo que el estatuto de Kansas establece que se requiere que el estudiante mencionado anteriormente tenga un examen físico dentro de los noventa (90) días después de la inscripción escolar o muestre prueba de que se ha conducido dentro de 12 meses antes de la inscripción.

Además, entiendo que si los resultados del examen físico no se envían a la enfermera de la escuela o al director antes de la fecha indicada a continuación, el alumno será excluido de la escuela.

Firma del Padre / Tutor: _____

Declaración de certificado de nacimiento

Nombre del estudiante _____

Yo, el padre / tutor del estudiante mencionado anteriormente, afirmo que entiendo la Política JBC, III del Consejo de Educación del Distrito Escolar de Shawnee Mission. Prueba de identidad, que requiere una copia certificada por el estado del certificado de nacimiento de mi hijo dentro de los treinta (30) días posteriores al ingreso a la escuela para cualquier estudiante que ingrese a Shawnee Mission School.

Además, entiendo que si la copia certificada del certificado de nacimiento no se proporciona a la Oficina de Shawnee Mission Early Childhood Education Center dentro del período de gracia de treinta días, el estudiante puede ser excluido de la escuela y se les notificará a las autoridades correspondientes.

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

HISTORIAL DE SALUD

Nombre del Estudiante	Fecha de Nac. / /	Edad	Género M/F	Grado
Madre/Tutora	Padre/Tutor			
Celular: () -	Celular: () -			
Teléfono de la casa: () -	Teléfono de la casa: () -			
Teléfono del trabajo: () -	Teléfono del trabajo: () -			

Nombre del médico _____ Teléfono () -

Nombre de la última escuela que asistió: _____ Ciudad/Estado _____

Planificación de Cuidado Especial/Condiciones Graves de Salud: La escuela debe estar informada acerca de cualquier situación de salud grave o de riesgo antes de comenzar las clases, por lo tanto podría requerir un Plan de Salud Individualizado.

Alergias/Anafilaxis: Mi hijo padece de alergia/anafilaxis y necesita una receta de Epi Pen/Auvi-Q.

Describe la alergia (comida, insectos, etc.) _____

Asma: Sí No Mi hijo necesita inhalador regularmente para sus síntomas de asma.

Sí No Mi hijo fue hospitalizado el año pasado debido a un ataque de asma.

Sí No Mi hijo/a ha necesitado esteroides (prednisona) debido a los síntomas de asma el año pasado.

Diabetes: Fecha del diagnóstico: _____ El estudiante tiene: Bomba de insulina Lapicero de insulina Inyección de insulina

Convulsiones: El estudiante necesita medicación de emergencia para convulsiones. Nombre del medicamento _____

Otros: El estudiante tiene necesidades especiales de cuidado: silla de ruedas, alimentación por tubo, tubo de respiración, catéter, tubos intravenosos, otros.

Por favor explique la condición de su hijo y sus necesidades: _____

Otras condiciones de salud: Marque cualquier condición que su hijo padece o padeció en el pasado.

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad	<input type="checkbox"/> Ortopedia/huesos
<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> De temporada	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia (frenos)	<input type="checkbox"/> Lesiones graves
<input type="checkbox"/> Restricciones alimenticias	<input type="checkbox"/> Infecciones de Oídos <input type="checkbox"/> Tubos de oídos	<input type="checkbox"/> Cirugía(s) graves
<input type="checkbox"/> Orinar/Defecar	<input type="checkbox"/> Impedimento auditivo <input type="checkbox"/> Audífonos	<input type="checkbox"/> Social/Emocional/Comportamiento
<input type="checkbox"/> Enfermedades en la sangre	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/> Dolores estomacales
<input type="checkbox"/> Conmoción cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Infecciones de garganta
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad en los riñones	<input type="checkbox"/> Visión: <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lente de Contacto

Explique cualquier condición que haya marcado _____

¿Requiere su hijo una restricción a cualquier actividad física de la escuela? No Sí, especifique la condición y duración de la restricción: _____

Contacto de emergencia (en caso que la escuela no se pueda comunicar con los padres)

1. Nombre _____ Relación _____ Teléfono() -

2. Nombre _____ Relación _____ Teléfono () -

Hospital de preferencia _____ Ciudad /Estado _____

Declaración de consentimiento Con el fin de atender mejor las necesidades de salud de mi hijo, doy permiso a cualquier transferencia de información de su salud a la escuela y a otra escuela pertinente o a profesionales de salud incluyendo al personal de emergencia. Esto incluye compartir información acerca los registros de vacunación con el KS Immunization Program, y con registro de vacunación con el propósito de evaluar, reportar y prevenir enfermedades. Yo autorizo al personal de la escuela a obtener asistencia médica de emergencia para mi hijo en caso de no encontrarme disponible.

Nombre del Padre/Tutor en imprenta	Firma del Padre/Tutor	Fecha / /
------------------------------------	-----------------------	--------------



SHAWNEE MISSION
SCHOOL DISTRICT

Physical Exam Record

To be completed by certified healthcare professional

Student's Name	Date of Birth / /	Age	Sex (M/F)	Grade
-----------------------	-----------------------------	------------	------------------	--------------

Does the child have a diagnosed medical condition? No Yes

Specify:

Does the child have a health condition that may require EMERGENCY ACTION while at school? No Yes
(e.g.: seizure, severe allergic reaction, diabetes)

Specify:

Is the child on prescription medication? No Yes

Specify medication and diagnosis:

Are any immunization, booster, or revaccinations indicated? No Yes

Specify type and due date:

Does the child have history of chicken pox disease? No Yes

Specify date:

Does the child require any restriction of physical activity in school? No Yes

Specify nature and duration of restriction:

EXAM FINDINGS/CONCERNS

Physical Exam	WNL	ABNL	Area of Concern	Health Area Of Concern	Yes	No	Referred for Evaluation
Head				Developmental			
Eyes				Mobility			
ENT				Speech/language			
Neuro				Hearing			
Dental				History of frequent ear infections			
Respiratory				Vision			
Cardiac				Nutrition			
GI/GU				History of traumatic head injury			
Abdomen				Signs of acanthosis nigricans			
Endocrine				Learning disability			
Skin				Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)			
Genital				Psychosocial			
Orthopedic				Other:			

Please explain any abnormal or area of concern findings:

SCREENING RESULTS

Height: ft. in.	Weight: lbs.	Body Mass Index (BMI):
Blood Pressure:	Vision: L 20/ R 20/ Both 20/	Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/>
Print Name	Signature of Healthcare Provider	Date / /



PERMISO PARA MEDICAMENTOS

Nombre del Estudiante _____

Grado _____

Fecha _____

MEDICAMENTOS SIN RECETA

Con mis iniciales abajo, doy permiso para que el personal de la escuela administre a mi hijo los siguientes medicamentos como sean necesarios debido a un malestar o lesión. Los medicamentos varían según las escuelas y grados.

- Acetaminofén (Tylenol)
- Ibuprofeno (Advil o Motrin)
- Pastillas para la tos (sin medicamento)
- Pomada (pomada antiséptica, loción calamina, hidrocortisona)
- Antiácidos (Tums)
- Gotas para los ojos (lubricante sin medicamento)
- Antihistamínico oral (difenhidramina, cetirizina)
- Gotas antihistamínicas para las alergias

Los padres también pueden traer otras medicinas sin receta, por favor indíquelas abajo:

Medicamento: _____ Dosis: _____
Razón: _____ Horario: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____
Razón: _____ Horario: _____

MEDICAMENTOS CON RECETA

Medicamento: _____ Dosis: _____
Razón: _____ Horario: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____
Razón: _____ Horario: _____

Los días de salida temprano o entradas tardes por favor indique una de las siguientes opciones:

- NO administrar la medicación en los días de salida temprano
- Administrar la medicación en el horario de almuerzo
- NO administrar la medicación en los días de entrada tarde
- Administrar la medicación en el horario indicado en la prescripción

Para asegurar la continuidad del cuidado, doy permiso a la enfermera de la escuela para comunicarse con el doctor de mi hijo acerca de la administración del medicamento en la escuela.

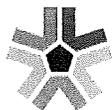
Nombre del Doctor _____ Teléfono _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____

El personal de la escuela que administre la medicación de acuerdo a la dosis indicada será protegido de cualquier reacción adversa que el estudiante experimente. Mi hijo ha tomado previamente la medicación arriba indicada sin experimentar ninguna reacción adversa.

Nombre del Padre/Tutor en Imprinta _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____



GUIA PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Permiso: Se deberá archivar un permiso por escrito para todos los medicamentos administrados en la escuela, incluyendo aquellos sin receta (OTC). El permiso deberá renovarse cada año.

Medicamentos: Se permitirá administrar solo aquellos medicamentos con o sin receta aprobados por la FDA (Food and Drugs Administration). OTC serán administrados acorde a la dosis de la etiqueta del paquete original, a no ser que haya una receta del doctor.

Envase: La medicina con receta debe entregarse en la escuela en su envase original con una etiqueta de receta incluida en el envase con el nombre del estudiante, nombre del doctor, fecha, nombre del medicamento, dosis, y horario de administración. Las sustancias controladas deben ser presentadas con el formulario "Medication Count" (cantidad del medicamento). Los medicamentos sin receta proveídos por los padres deben estar en su envase original y etiquetados con el nombre del estudiante