

Información del Estudiante

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____ Sexo: _____ Raza: ¿Origen hispano? Sí _____ No _____

Madre / Guardián Vive Con: _____

Nombre: _____ NAC.: _____
Día de Nacimiento

Teléfono: _____
El número telefónico arriba recibirá todas las llamadas automáticas del distrito, incluyendo cierres/retrasos y anuncios escolares.

Teléfono Móvil: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Código Postal

Email: _____

Lugar de Empleo: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Ext: _____

Padre / Guardián Vive Con: _____

Nombre: _____ NAC.: _____
Día de Nacimiento

Teléfono: _____
El número telefónico arriba recibirá todas las llamadas automáticas del distrito, incluyendo cierres/retrasos y anuncios escolares.

Teléfono Móvil: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Código Postal

Email: _____

Lugar de Empleo: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Ext: _____

_____ **No hay documentos legales** sobre la custodia de mi hijo. Entiendo que en ausencia de legal documentos, el padre / madre que figura en el certificado de nacimiento y los contactos de emergencia podrán visitar y / o recoger a mi hijo de la escuela.

_____ **Hay documentos legales** sobre la custodia de mi hijo. Los documentos de custodia legal se proporcionan en el hora de registro. En ausencia de documentos de custodia legal, entiendo que el padre / madre aparece en la lista el certificado de nacimiento y contactos de emergencia podrán visitar y / o recoger a mi hijo de la escuela.

¿Ha asistido anteriormente este niño a cualquier escuela pública o chárter de Delaware? _____

Año: _____ Escuela: _____

¿Este niño alguna vez fue retenido? _____

Año: _____ Escuela: _____

¿Tiene su hijo un IEP, Speech o plan 504? _____

Dirección de la escuela de la que el estudiante se está transfiriendo: _____

_____ NO puedes usar la foto de mi hijo para publicaciones externas.

(es decir: sitio web de la escuela, periódicos, televisión, noticias, etc.)

La información presentada en este formulario es objetiva. Entiendo que cualquier desinformación con respecto a la custodia y la residencia puede afectar la inscripción de estos estudiantes en el Distrito Escolar de Milford.

Firma: _____ Fecha: _____

APLICACIÓN DE EL CAMBIO DE DIRECCIÓN O TRANSPORTE EN AUTOBÚS

Dirección De Casa: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Si se ha mudado, tenga en cuenta la dirección anterior:

Teléfono de Casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Nombre del Estudiante: _____ La Escuela: _____

Dirección de Recogida: _____ Ciudad: _____

Dirección de Entrega: _____ Ciudad: _____

Nombre del Estudiante: _____ La Escuela: _____

Dirección de Recogida: _____ Ciudad: _____

Dirección de Entrega: _____ Ciudad: _____

Nombre del Estudiante: _____ La Escuela: _____

Dirección de Recogida: _____ Ciudad: _____

Dirección de Entrega: _____ Ciudad: _____

Nombre del Estudiante: _____ La Escuela: _____

Dirección de Recogida: _____ Ciudad: _____

Dirección de Entrega: _____ Ciudad: _____

**** Si la dirección de recogida o entrega en es la dirección do la casa por favor dar el nombre de la niñera****

Nombre de la Niñera: _____ - Teléfono: _____

Firma del Padre/Guardián

Nombre Impreso del Padre/Guardián

Fecha

Milford School District

Tarjeta de Emergencia de Delaware

Nombre del Estudiante: _____ FDN _____ Grado: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Género: _____ Raza: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Etnicidad: ¿Origen hispano?: _____
 El estudiante vive con: _____ Relación: _____ ¿Hay documentos de custodia? _____
 Bus # a: _____ Bus # de: _____ Otro Transporte: _____ Niñera: Nombre/Teléfono: _____

Padre/Guardián #1

Padre/Guardián #2

Nombre: _____ F.D.N _____	Nombre: _____ F.D.N: _____
Teléfono casa: _____ Celular: _____	Teléfono casa: _____ Celular: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad y Estado: _____	Ciudad y Estado: _____
E-mail: _____	E-mail: _____
Lugar de Empleo: _____	Lugar de Empleo: _____
Teléfono trabajo: _____ Ext. _____	Teléfono trabajo: _____ Ext. _____

Si el Padre/Guardián no puede ser contactado, llamar a:

Nombre	Relación	Teléfono de Casa	Celular	Teléfono de Trabajo

Seguro Médico: Información del Seguro:

Compañía de Seguro	Número de Seguro	Grupo de cuenta	Número Medicad	Otra
--------------------	------------------	-----------------	----------------	------

Le doy permiso a la enfermera de la escuela que contacte al medico de mi hijo(a), como se requiera: Sí _____ No _____

Médico de la Familia: _____ Teléfono: _____ Dentista: _____ Teléfono: _____

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA DE LA INSTITUCION

Este será el procedimiento que la escuela tomará normalmente cuando su hijo(a) se enferme o tenga alguna lesión en la escuela. En caso de emergencia extrema, se buscara una atención médica inmediatamente. En caso de emergencia y/o que su hijo(a) necesite atención médica u hospitalaria:

1. El colegio llamará a casa, sino contesta,
2. El colegio llamará al lugar de trabajo del padre/ madre, si no contestan,
3. El colegio llamará a otros números listados, incluso al especialista.
4. Si ninguno de estos contesta, si es necesario el colegio llamará una ambulancia, para que transporte al niño (a) al centro medico local.
5. Basándose en la opinión médica, el niño(a) debe ser aceptado en cualquier centro de salud local.
6. La escuela seguirá llamando a los padres/ tutores o especialista hasta contactar a alguno.

En caso de que el colegio no pueda contactarme, autorizo que siga el procedimiento descrito, yo asumiré todos los gastos de transporte y de trato médico. También doy el consentimiento para que sigan algún tratamiento, cirugía, proceso de diagnóstico o administración de anestesia que se sujete a una autorización de opinión médica.

Padre de Familia/ Tutor(a): mantener el historial de emergencia de su hijo(a) actualizado, contactar a la escuela si hay algún cambio en la información.

Yo cercioro que toda la información es verdadera. Esta puede ser utilizada por el personal del colegio como bases de conocimiento.

Verifico del Padre/ Tutor: _____ Fecha: _____

Cuestionario de Salud

Fecha de hoy: _____

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____ Grado: _____

Enumere todas las demás personas que viven en la casa de su hijo:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS SIGUIENTES

¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes? Por favor, marque y explique.

Asma		Problemas óseos o musculares	
Varicela		Enfermedad del corazón	
Diabetes		Soplo en el corazón	
Convulsiones		Infecciones de oído frecuentes	
Problemas de los riñones		Frecuentes dolores de garganta	
Problemas de sangrado		Dolores de cabeza	
Problemas de estómago		Desmayo / Apagones	

Por favor explique cualquier problema (s) marcado arriba: _____

Las alergias a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, picaduras de abeja, etc? Por favor lista:

¿Qué medicamentos toma su niño para las reacciones alérgicas? _____

Hospitalizaciones? Lista de fechas y la razón: _____

Cirugía? Lista de fechas y tipo: _____

Enfermedades / Lesiones Graves? Lista de fechas y tipo: _____

¿Su hijo ha tenido alguna vacuna desde la guardería/jardín/programa pre-escolar? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, tipo de vacuna y la fecha:

¿Tiene su niño visite al dentista con regularidad? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, anote la fecha de la última visita: _____

¿Su hijo tiene un problema de audición? Sí _____ No _____

Si es así, la lista de problemas: _____

¿Su hijo tiene un problema de visión, usar anteojos o lentes de contacto? Sí _____ No _____
En caso afirmativo, haga una lista de problemas y la fecha del último examen de la vista

Si él / ella lleva gafas o antejo, ¿cuándo fue la última nueva receta? _____

¿Su hijo toma medicamentos **diarios**? Sí _____ No _____
Si es así, la lista de la medicina y la enfermedad / condición:

¿Necesitará que la medicina sea administrada en la escuela? Sí _____ No _____
Si es así, consulte enfermera de la escuela para firmar los formularios de permiso.

¿Está su hijo actualmente en tratamiento por una enfermedad? Sí _____ No _____
Si es así, la lista de enfermedades y la medicina:

El desarrollo de su hijo ha sido normal? Sí _____ No _____
(Caminar, hablar, el control de esfínteres, el crecimiento físico y el desarrollo?)

Si no, las razones de la lista: _____

¿Hubo algún problema con el embarazo y el nacimiento de este niño? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, problemas de lista: _____

¿Su hijo ha tenido algún trastorno emocional o cambios en su / la vida? Sí _____ No _____
(Mudanzas, la separación, el divorcio de los padres, la muerte, etc)

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Está preocupado por el comportamiento de su hijo? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Su hijo tiene otros problemas de salud que le preocupan o que la escuela debe tener en cuenta?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Por favor escriba cualquier problema de salud grave de la madre de este niño, padre, abuelos, hermanas o hermanos:

Por favor, indique la fecha del último examen físico de su hijo y el nombre del médico:

COMENTARIOS / INQUIETUDES ADICIONALES:

Autorización – Medicamentos que se utilizarán durante el Actual Año Escolar

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Su hijo(a) es alérgico (a) a algún medicamento, alguna comida, picadura de insecto: Sí ____ No ____

En caso que sí: ¿A qué? _____ ¿Cuáles son los síntomas? _____

Tratamiento: _____

Como el padre (madre) o tutor(a), doy permiso en nombre del alumno(a) ya mencionado(a) anteriormente para que la enfermera de la escuela pueda administrarle los siguientes medicamentos durante el actual año escolar. Yo entiendo que la enfermera de la escuela le administrará los medicamentos solo si la evaluación lo indica. Por favor, señale los medicamentos que le gustaría que se le administren a su hijo(a) cuando sea necesario.

_____ Anbesol/Oragel (dolor o sensibilidad de la boca)

_____ Anti fungal Cream (contra hongos)

_____ Benadryl Lotion (contra la picazón)

_____ Blistex (lipstip)

_____ Burn Ointment/ Spray (pomada para quemadas)

_____ Caladryl Lotion

_____ Calamine Lotion (contra la picazón)

_____ Carmex (lesiones en la boca)

_____ Chapstick (vaselina)

_____ Contact lens solution (líquido para lentes de contacto)

_____ Pastillas para la tos

_____ Eye Wash solution (solución de ojos)

_____ Talco

_____ Mineral Ice (dolor de músculo)

_____ Sting Kill (para picadura de insecto)

_____ Aerosol para la garganta (Chloreseptic)

_____ Triple Antibiotic Ointment (antibiótico)

_____ Vicks (vapor rub)

_____ Advil/ Ibuprofen

_____ Tylenol/Acetaminophen

_____ Tums (antiácido)

_____ Benadryl

_____ Hydrocortisone cream

Mi hijo puede usar desinfectante de manos – Sí ____ No ____

Mi hijo puede necesitar ayuda con desinfectante de manos – Sí ____ No ____

Si su hijo(a) requiere de algún medicamento recetado durante días de escuela, por favor contacte a la enfermera del colegio. Ex. Medicamentos para: ADHD, ADD, Diabetes, convulsiones, Asma (inhaladores, nebulizadores), Epi-pens, Benadryl, etc.

Medical Diagnosis: _____

Mi hijo(a) toma medicamentos en casa: (antes del colegio/después del colegio)

Nombre del Medicamento (s): _____

- Los estudiantes no pueden llevar medicamentos durante el día escolar sin el permiso del padre / médico / enfermera escolar.
- El papeleo debe completarse y archivarse en la oficina de la enfermera.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

COLOCACIÓN TEMPORAL PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN ESPECIAL TRANSFERIDOS (máximo 30 días)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Padre/Tutor: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____ Escuela: _____

Documentación de Conferencia Telefónica/Documentation of Phone Conference:

Escuela/School: _____ Teléfono/Telephone: _____ Fecha/Date: _____

Persona/Person: _____ Título/Title: _____

Clasificación/Classification: _____

Distribución del tiempo/Time Per Day: Educación Especial/Special Ed Time: _____

Educación Regular/Regular Ed Time: _____ Lugar/Setting: _____

Educación Especial/Special Education		Servicios Relacionados/Related Services	
Clases/Subjects	Grado/Grade	Servicio/Service	Tiempo / Frecuencia/Time-Freq.

Fecha de la última reevaluación/Date of last Reevaluation: _____

Otra información/Other Information: _____

Servicios relacionados/Related Services: _____

Colocación Temporal/Temporary Placement:

Clasificación: Igual que el anterior/Classification: Same as Above

Tiempo por día/Time Per Day: _____

Lugar/Setting: _____

Educación y Servicios Relacionados especiales/Special Education & Related Services:

Firma del Padre o Tutor

Fecha