

Censo Escuelas del Área de Roseville Distrito 623

Fecha: _____

Colegio: _____

INFORMACIÓN DE LA RESIDENCIA

PADRE/TUTOR 1. _____ GÉNERO M F AÑO DE NACIMIENTO _____

PADRE/TUTOR 2. _____ GÉNERO M F AÑO DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____ UNIDAD/APT # _____ CIUDAD _____

CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO _____

IDIOMA HABLADO EN CASA _____

¿Ha vivido en este distrito anteriormente? SI NO

Si su respuesta es SI, escriba la dirección _____

ENUMERE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTA DIRECCIÓN:

****PLEASE INCLUDE THE STUDENT(S) YOU ARE ENROLLING ON THIS LIST.****

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Género	Grado	Fecha de Nacimiento	Nombre de la escuela a la que asiste

POR FAVOR ENVIE ESTE FORMULARIO COMPLETADO:

Roseville Area Schools
1251 West County Road B2
Roseville, MN 55113

Phone: 651.635.1626 | Fax: 651-635.1659 | Email: enrollment@isd623.org

Rev. 06/21

Para uso de la oficina únicamente

Fecha en la cual se ha diligenciado:		Año en el que ha sido matriculado:		Colegio/Número del Colegio:		No. De Identificación del Estudiante (ID#):		
Primer día matricula:	Verificación de Edad 1. B.C. 2. Visa/Pasaporte 3. Otro		Prueba de Residencia: 1. D.L. 2. Utilidades 3. Otro		¿Necesita un intérprete?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Archivo pedido por: Fecha :	

Escuelas del Área de Roseville ISD #623 Inscripción Estudiantil

Apellido del Estudiante (Legal):		PRIMER Nombre del Estudiante(Legal):		SEGUNDO Nombre del Estudiante (Completo):		Fecha de Nacimiento del Estudiante:	
Grado Cursado:		Apodo (opcional)		Alguna vez este estudiante se registro bajo otro nombre?			
Genero del Estudiante: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Previamente Atendió las escuelas de Roseville #623? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre:	
		Nombre de la escuela					

Teléfono de la casa: (_____) _____

El estudiante vive con: Madre Padre Ambos Otro _____

Dirección: _____
DIRECCION APARTAMENTO #
CIUDAD CODIGO POSTAL

Enumere todas las escuelas a las que el estudiante ha asistido (EMPIECE POR LA ÚLTIMA ESCUELA):

Nombre de la escuela	Ciudad y Estado	Grado	Tipo / Clase de la última escuela a la que asistió (encierre solo una)	
			<input type="checkbox"/> Pública de MN	<input type="checkbox"/> Pública fuera del estado
			<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Charter
			<input type="checkbox"/> Pública de MN	<input type="checkbox"/> Pública fuera del estado
			<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Charter

Fecha de entrada al E.U (Solamente si nació fuera de E.U)
 Mes | Día | Año

Fecha de entrada a la escuela (Solamente si nació fuera de E.U)
 Mes | Día | Año

- ¿Está el estudiante en custodia del País o del Estado? (se requiere documentación legal) SÍ NO
- El Estudiante sería considerado un estudiante de Universidad de primera generación? SÍ NO
- ¿Se ha mudado al distrito escolar en los últimos 36 meses por razones de algún trabajo temporal, estacional, de agricultura o de pesca? SÍ NO
- Su hijo/a a previamente perdido mas de sés meses o mas de escuela? SÍ NO
- Esta el estudiante recibiendo Servicios de Educación Especial (un IEP)? SÍ NO
- Tiene este estudiante un Plan de Alojamiento 504 / 504 Acomodación Plan? SÍ NO

Lea las definiciones a continuación antes de responder las siguientes preguntas.

- ¿Considera el alumno un "Military Connected Youth"? SÍ NO * (definición abajo)
- ¿Es el domicilio actual para usted o el estudiante un **acuerdo de vivienda temporario**? SÍ NO

** (Si la respuesta es sí, responda la próxima pregunta)

¿Qué dio lugar al acuerdo de vivienda temporario? _____

- Military-Connected Youth** es definido como un joven que tiene un miembro inmediato de su familia incluyendo un padre o hermano/a quien esta actualmente en las fuerzas armadas con servicios reservados o activos o recientemente han sido retirados de las fuerzas armadas.
- Homelessness-** es definido como un individual que no tiene un regular y adecuado residencia en la noche. Esto incluye : a) Niños/Jóvenes compartiendo la casa de otras personas por perdida que hogar, dificultad económica, o una razón similar; viven en un Motel, Hotel, casa móvil, o terrenos de campamento por falta de alternativas acomodaciones adecuadas; están viviendo en refugio de emergencia o un refugio de transición , o hospital abandonados; b) Niños/Jóvenes que tienen una residencia en la noche que es público o privado usualmente no usado para dormir para personas (ejemplos: carros, parques, lugares públicos, edificios abandonados, estaciones de autobús o tren, o lugares similares)
- *Los estudiantes que pasan por una situación de falta de vivienda son admisibles para asistencia mediante la Ley McKinney-Vento***

Student Enrollment Cont.

Datos del Padre/ Tutor:

Padre/Tutor #1

Padre /Tutor #2

Nombre (Primer, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)		Nombre (Primer, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	
Relación con el Estudiante (Madre, padrastro, etc.)		Relación con el Estudiante (Madre, padrastro, etc.)	
Dirección, Ciudad, Código Postal (En caso de ser diferente a la del estudiante)		Dirección, Ciudad, Código Postal (En caso de ser diferente a la del estudiante)	
No. de Teléfono-Celular		No. de Teléfono-Celular	
No. de Teléfono-Trabajo		No. de Teléfono-Trabajo	
Empresa/Ocupación		No. teléfono de la casa (En caso de ser diferente al del estudiante)	
Dirección de correo electrónico (E-mail)		Empresa/Ocupación	
		Dirección de correo electrónico (E-mail)	

¿Necesitará la familia la asistencia de un intérprete para las reuniones de padres y maestros? Sí No

Las siguientes personas requieren la asistencia de un intérprete:

Madre Padre Tutor Otro

Información del Segundo tutor (tutor con o sin custodia del estudiante, el cual no vive en la misma casa):

Nombre (Primer, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)		No. de Teléfono-Celular	
Relación con el Estudiante (Madre, padrastro, etc.)		No. de Teléfono-Trabajo	
Dirección, Ciudad, Código Postal		Empresa/Ocupación	
No. teléfono de la casa		Dirección de correo electrónico (e-mail)	

Si hay inconvenientes con la custodia del niño(a), por favor suministre la información que se solicita a continuación:

¿Existe alguna restricción legal impuesta a los padres que no tienen la custodia del niño(s), relacionada con los derechos para recibir información de ellos o mantener una relación con el estudiante nombrado en este formulario?

SI NO Si su respuesta es SI, Una copia del decreto debe permanecer en el archivo del colegio. Por favor envíela al director.

Si hay una separación o un divorcio, Por favor escriba el nombre del padre(s) o de la persona que tiene la custodia legal del estudiante:

Madre Padre Ambos Otro _____

En caso de emergencia, ¿Podemos llamar al padre/madre que no tiene la custodia del menor?

SI NO Si su respuesta es NO, una copia del decreto debe permanecer en el archivo del colegio.

¿Está el estudiante autorizado para salir del colegio con el padre/madre el cual no tiene la custodia del menor?

SI NO Si su respuesta es NO, una copia del decreto debe permanecer en el archivo del colegio.

Contactos de Emergencia

Nombre de la persona a la cual llamar en caso de emergencia diferente, de la persona con la que el estudiante vive:

Nombre (Primer, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)		Nombre (Primer, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	
Relación con el Estudiante		Relación con el Estudiante	
No. Teléfono de la casa		No. Teléfono de la casa	
No. de Teléfono-Celular		No. de Teléfono-Celular	
No. de Teléfono-Trabajo		No. de Teléfono-Trabajo	

Firma del Padre o Tutor

Relación con el estudiante

Fecha Revised

1/9/2019

Request for Student Records

Roseville Area Schools Independent School District 623

The following student has registered at Roseville Area School District ISD 623:

Name of Student/Nombre del alumno _____ Grade/Grado _____
 Date of Birth/Fecha de nacimiento _____
 Anticipated Enrollment Date /Fecha de inicio anticipado _____

Previous School Information/Información sobre la escuela anterior:

 School Name/Nombre de la escuela

 School Address/Dirección de la escuela

 City/Cuidad State/Estado Zip Code/Código postal

 School Phone/Número de teléfono de la escuela School Fax/Número de fax de la escuela

 Parent/Guardian Signature/Firma del padre/tutor Date/Fecha

=====

Previous School - Please forward the following information:

- **Transcripts of records and grades - all academic records (Please fax ASAP)**
- **Special Education records – including IEP/504 Plan or other assessments (Please fax ASAP)**
- **Standardized Test Results**
- **MCA/GRAD Test Results**
- **Legal Documents**
- **Attendance Records**
- **Discipline Records**
- **Health Records – including Immunizations and Sports Physical**
- **ELL/ESL Records**
- **Title VII Form**

MN ST Sec 120A.22, Compulsory instruction Subd. 7. Education records. (a) A district, a charter school, or a nonpublic school that receives services or aid under section 123B.40 to 123B.48 from which a student is transferring must transmit the student's educational records, within ten business days of a request, to the district, the charter school, or the nonpublic school in which the student is enrolling.

<input type="checkbox"/> Brimhall Elementary 1744 Cty Rd B W Roseville MN 55113 651-638-1958 651-638-9007 FAX	<input type="checkbox"/> Central Park Elementary 535 Cty Rd B2 W Roseville MN 55113 651-481-9951 651-481-7128 FAX Jana.Litecky@isd623.org	<input type="checkbox"/> Edgerton Elementary 1929 Edgerton St Maplewood MN 55117 651-772-2565 651-772-1510 FAX Mary.Swanson@isd623.org	<input type="checkbox"/> Emmet D Williams Elementary 955 Cty Rd D W Shoreview MN 55126 651-482-8624 651-482-0801 FAX Theresa.King@isd623.org
<input type="checkbox"/> Falcon Heights Elementary 1393 Garden Ave W Falcon Heights MN 55113 651-646-0021 651-646-7183 FAX Jill.Keenan@isd623.org	<input type="checkbox"/> Harambee Elementary 30 E County Rd B Maplewood MN 55117 651-379-2500 651-379-2590 FAX Camille.Logan@isd623.org	<input type="checkbox"/> Little Canada Elementary 400 Eli Rd Little Canada MN 55117 651-490-1353 651-490-1436 FAX Melissa.Douglass@isd623.org	<input type="checkbox"/> Parkview Center School 701 Cty Rd B W Roseville MN 55113 651-487-4360 651-487-4379 FAX India.Swan@isd623.org
<input type="checkbox"/> Roseville Area Middle School 15 Cty Rd B2 E Little Canada MN 55117 651-482-5288 651-482-5299 FAX Janelle.Gunderson@isd623.org	<input type="checkbox"/> Roseville Area High School 1240 Cty Rd B2 W Roseville MN 55113 651-635-1681 651-635-1692 FAX Rhonda.Carlson@isd623.org	<input type="checkbox"/> Fairview Altn High School 1910 Cty Rd B W Roseville MN 55113 651-604-3800 651-604-3801 FAX Vicki.Day@isd623.org	<input type="checkbox"/> District Center Attn: 1251 Cty Rd B2 W Roseville MN 55113 651-635-1600 651-635-1659 FAX 651-628-6441 FAX

Encuesta de Idioma en Minnesota

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 idiomas diferentes. La capacidad de hablar y entender múltiples idiomas es valorado. La información que usted provea será usada por el distrito escolar para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües pueden calificar para un sello multilingüe después de la evaluación. Además, la información que usted provea determinará si su estudiante debe tomar una prueba de comprensión en inglés. Basado en los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a la instrucción de desarrollo del idioma inglés. **El acceso a instrucción es requerida por la ley federal y estatal. Como padre o tutor, usted tiene el derecho de rechazar la instrucción del Aprendiz de Inglés en cualquier momento.** Cada estudiante que se inscribe debe recibir la Encuesta de Idioma de Minnesota durante la inscripción. La información solicitada en este formulario es importante para poder servir a su estudiante.

Información del estudiante	
Nombre completo del estudiante: (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento o número de identificación

	Marque la frase que mejor describa su estudiante	Indique otros idiomas aparte de inglés en el espacio proveedlo.
1. Mi estudiante primero aprendió:	<input type="checkbox"/> Idiomas aparte de el inglés <input type="checkbox"/> Inglés y otros idiomas aparte de inglés <input type="checkbox"/> Solamente Inglés	
2. Mi estudiante habla:	<input type="checkbox"/> Idiomas aparte de el inglés <input type="checkbox"/> Inglés y otros idiomas aparte de inglés <input type="checkbox"/> Solamente Inglés	
3. Mi estudiante entiende:	<input type="checkbox"/> Idiomas aparte de el inglés <input type="checkbox"/> Inglés y otros idiomas aparte de inglés <input type="checkbox"/> Solamente Inglés	
4. Mi estudiante tiene intercambio constantes en	<input type="checkbox"/> Idiomas aparte de el inglés <input type="checkbox"/> Inglés y otros idiomas aparte de inglés <input type="checkbox"/> Solamente Inglés	

Uso del idioma no identifica a su estudiante como un aprendiz de inglés. Si un idioma aparte de inglés es indicado su estudiante será examinado en su habilidades en inglés.

Información de padre o tutor	
Nombre de padre/tutor (escrito)	
Firma del Padre/Tutor	Fecha:

* Todos los datos en este formulario son privados. Sólo se compartirá con el personal del distrito que necesite la información para servir mejor a su estudiante y para los requisitos legales reportando sobre el idioma del hogar y la elegibilidad del servicio al Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y en el Departamento de Minnesota de la Educación, esta información no será compartida con otras personas o entidades, excepto si están autorizadas por la ley estatal o federal a acceder la información. El cumplimiento de esta solicitud de información es voluntario.

Formulario de designación demográfica racial y étnica 2019-20

Nombre del estudiante: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Distrito: _____ Escuela: _____

Se requiere que las escuelas reporten el origen étnico y la raza al estado y al Departamento de Educación de los EE. UU. Debido a los cambios recientes en la ley del estado de Minnesota, Minnesota desglosa cada categoría en grupos detallados para representar aun más nuestras poblaciones estudiantiles. Los padres o tutores no están obligados a responder las preguntas federales (**en negrita**) de sus hijos. Si usted decide no responder a las preguntas federales (**en negrita**), la ley federal exige que las escuelas respondan por usted. Este es un último recurso: preferimos que los padres o tutores completen el formulario. Las preguntas estatales se etiquetan como "Opcional" y las escuelas no completarán esta información por usted.

Esta información ayuda a mejorar la enseñanza y el aprendizaje para todos, y nos ayuda a identificar y abogar con precisión por los estudiantes actualmente desatendidos. La información que recopila este formulario se considera información privada. Puede revisar el aviso de privacidad para obtener más información sobre el propósito de recopilar esta información, cómo se usará y no se usará, y cómo se identificaron los grupos detallados. El aviso de privacidad se puede encontrar en nuestras *Preguntas frecuentes: Formulario de designación étnica y racial*.

¿Es el estudiante hispano/latino según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza. ¹

[Debe seleccionar "sí" o "no" a esta pregunta.]

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

- **Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta A.]
- **No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 1.)

Pregunta opcional A Si respondió Sí en la parte superior, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (el personal de la escuela no contestará esta pregunta):

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Guatemalteco | <input type="checkbox"/> Salvadoreño | <input type="checkbox"/> Otro hispano/latino |
| <input type="checkbox"/> Colombiano | <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> De España/español/ español-americano | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |
| <input type="checkbox"/> Ecuatoriano | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | | |

Pase a la pregunta 1.

[Seleccione "sí" a al menos una de las preguntas (1-6) a continuación.]

Pregunta 1: ¿ Se identifica el estudiante como indio americano o nativo de Alaska según lo define el estado de Minnesota? La definición del estado de Minnesota incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte que mantienen una identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento de la comunidad. [Esta pregunta es necesaria para calcular la ayuda/financiación estatal.]

- **Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta 1a.]
- **No** [Si la respuesta es No, pase a la pregunta 2]

Pregunta opcional 1a: Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (el personal de la escuela no contestará esta pregunta):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Cherokee | <input type="checkbox"/> Otra afiliación tribal india de América del Norte |
| <input type="checkbox"/> Anishinaabe/Ojibwe | <input type="checkbox"/> Dakota/Lakota | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |

Pase a la pregunta 2.

Pregunta 2. ¿Es el estudiante indio americano de Sur o Centro América?

- **Sí** (En caso afirmativo, pase a la pregunta 3.)
- **No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3.)

Pregunta 3. ¿Es el estudiante asiático según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del lejano oriente, sudeste asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam ¹

- **Sí** (En caso afirmativo, pase a la pregunta 3a.)
- **No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 4.)

Pregunta opcional 3a. Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (el personal de la escuela no contestará esta pregunta):

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Karen | <input type="checkbox"/> Otro lugar asiático |
| <input type="checkbox"/> indio asiático | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |
| <input type="checkbox"/> Birmano | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Vietnamita | |

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

Pase a la pregunta 4.

Pregunta 4. ¿Es el estudiante negro o afroamericano según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.¹

- Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta 4a.] **No** [Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5.]

Pregunta opcional 4a. Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (*el personal de la escuela no contestará esta pregunta*):

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Etíope-otro | <input type="checkbox"/> Somalí |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Liberiano | <input type="checkbox"/> Otra raza negra |
| <input type="checkbox"/> Etíope-Oromo | <input type="checkbox"/> Nigeriano | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |

Pase a la pregunta 5.

Pregunta 5. ¿Es el estudiante nativo de Hawái u otra isla del Pacífico según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.¹

- Sí** (Pase a la pregunta 6.) **No** (Pase a la pregunta 6.)

Pregunta 6. ¿Es el estudiante blanco según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África.¹

- Sí** **No**

Nombre del padre/tutor _____

Fecha _____

Firma del padre/tutor _____

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

Información de Salud Estudiantil Grados K-12 (Jardín Infantil-12)

Colegios del Área de Roseville Distrito Escolar Independiente 623

Por favor responda todas las preguntas.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Si su hijo tiene o tuvo cualquier de estos problemas de salud por favor marque y describa. Si es reciente describa abajo:

<input type="checkbox"/> ADHD (Trastorno por Deficiencia de Atención e Hiperactividad) <input type="checkbox"/> Alergias (no incluya alimentos) * <input type="checkbox"/> Alergias (alimentos) <input type="checkbox"/> Suave <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Anemia/ Problemas de sangre <input type="checkbox"/> Asma (no medicamentos) ** <input type="checkbox"/> Asma (requiere medicamentos) ** <input type="checkbox"/> Aseidad <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento <input type="checkbox"/> Malformaciones congénitas Describa _____ <input type="checkbox"/> Lesiones o enfermedades articulares / Huesos <input type="checkbox"/> Cáncer Describa: _____ _____ <input type="checkbox"/> Varicela Fecha: _____ Problemas crónicos intestinales <input type="checkbox"/> Trauma de cabeza Fecha(s): _____	<input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Problemas sociales <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Dermatitis Atópica/Eczema <input type="checkbox"/> Preocupaciones/ Problemas Emocionales <input type="checkbox"/> Problemas auditivos /oído <input type="checkbox"/> Problemas de visión pobre/ ojo <input type="checkbox"/> Usa Lentes <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes <input type="checkbox"/> Infecciones de piel frecuentes <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta Frecuente <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza (describa) _____ <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problemas asistiendo la escuela <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiacas Describa: _____ <input type="checkbox"/> Hospitalización/visita a emergencias (este año) Describa: _____ _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Infecciones del Tracto Urinario	<input type="checkbox"/> Meningitis o encefalitis <input type="checkbox"/> Tic nervioso <input type="checkbox"/> Otras problemas con la salud mental Describa: _____ <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Estudiante tiene y cría sus propios hijos <input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Enfermedad de células en las falciformes <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (alcohol, drogas) <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Problemas para dormir <input type="checkbox"/> Dieta especial: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad celiaca <input type="checkbox"/> Problemas para ir al baño <input type="checkbox"/> orina <input type="checkbox"/> material fecal <input type="checkbox"/> Desordenes en la alimentación / peso <input type="checkbox"/> Otros _____
--	---	--

Tiene alguna preocupación que desee comunicarle a la enfermera? SI NO

Por favor describa las preocupaciones que usted tiene relacionadas con la salud de su hijo. ¿Tiene usted algún comentario o preocupación acerca de la salud de su hijo, desarrollo, salud mental, comportamiento, familia, o vida familiar que usted encuentre importante para comunicarle al colegio? Si su respuesta es SI, por favor explique brevemente:

***Alergias – Por favor enumere las alergias y describa la reacción:**

Es alérgico(a) a:	Reacción a:	Medicamentos que toma para la alergia

****Asma – Por favor describa la gravedad y cuales son los factores desencadenantes:**

¿Que medicamento (s) su hijo toma? _____

Nombre del Medicamento	Dosis / Hora	Administrado en la casa / en el colegio

Por favor indique el número telefónico del doctor de su hijo o de la clínica:

Doctor/Clinica: _____ Teléfono: _____

Firma del Padre / Acudiente: _____

Relación con el menor: _____ Fecha: _____ Rev. 9/17