AÑO ESCOLAR _____ GRADO _____ ESCUELA_____ AULA_____

HOJA DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE — ESCUELAS DE LA CIUDAD DE GAINESVILLE

Apellido del estudiante_____
Primer Nombre_____
Fecha de Nacimiento_____
Direccion de Casa _____
Código Postal_____
Teléfono Principal # _____
Teléfono alternativo # _____
Estudiante Vive Con: ___ Ambos Padres ___ Madre ___ Padre
___ Otro: _____

Transportación
Autobús AM#_____ AM En Carro _____
Autobús PM# _____ PM En Carro _____
Programa Despues de la Escuela _____

Padre/Guardián Masculino _____
Lugar de Trabajo _____
Teléfono # _____
Teléfono Alternativo # _____
Dirección de correo electrónico _____
Madre/Guardián Femenino_____
Lugar de Trabajo _____
Teléfono # _____
Teléfono Alternativo # _____
Dirección de Correo Electrónico _____
Preocupaciones de Custodia Especial _____
_____
(Asegúrese de que la oficina tenga documentos judiciales)

INFORMACIÓN MÉDICA

Marque S o N; en caso afirmativo, proporcione información adicional en el espacio proporcionado

☐ S☐ N Asma: ¿Inhalador recetado?☐Y ☐N; ¿Se necesita inhalador en la escuela?_____
☐ S ☐ N Problemas Tiroideos: _____
☐ S ☐ N Enfermedades del Corazón: _____
☐ S ☐ N Convulsiones: Fecha de la última convulsión _____ Medicamentos: _____
☐ S ☐ N Alergias: Por favor enumere _____
Compruebe si este medicamento se prescribe para la alergia anterior.☐ Benadryl ☐ Epi-Pen ☐ Otro _____
Diabetes: ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 Comments: _____
☐ S ☐ N Gafas/Contactos ☐ S ☐ N Audífonos ☐ S ☐ N Migrañas ☐ S ☐ N Hemorragias nasales
Enumere cualquier condición médica que no esté en la lista y que la enfermera de la escuela deba conocer: _____
Enumere todos los medicamentos que toma en casa o en la escuela: _____
Lista de cirugías pasadas: _____

Si un estudiante necesita tomar un medicamento diario durante el horario escolar, el padre debe proporcionar el medicamento en un envase original (con receta o sin receta) junto con el formulario de "Autorización para Administrar Medicamentos en la Escuela".

después de que la enfermera de la escuela evalúe a mi hijo y determine que administrar uno de los medicamentos a continuación podría proporcionar un alivio sintomático, doy permiso a la enfermera para administrar el medicamento al estudiante: Si un niño requiere este medicamento, más de **2 veces**, el padre debe proporcionar la medicina para su hijo. Marque los medicamentos enumerados a continuación que **NO** desea que su hijo reciba.

**** SOLO PARA USO DE ENFERMERAS ****	Dosis	Ruta	Fecha	Hora	Firma de la Enfermera	Dosis	Ruta	Fecha	Hora	Firma de la Enfermera
Acetaminofén/Tylenol										
Ibuprofeno/Advil/Motrin										
Tumos										

El Distrito Escolar de la Ciudad de Gainesville se ha asociado con el Dr. David Hocker para administrar el medicamento que salva vidas, la epinefrina, en caso de que ocurra una reacción alérgica potencialmente mortal no diagnosticada previamente. El personal escolar designado está capacitado para evaluar, llamar al 911 y administrar epinefrina si está disponible. Cuando se administre epinefrina, el estudiante será transportado al departamento de emergencias para evaluación y tratamiento adicional si es necesario.

Entiendo que en caso de una emergencia, la escuela tomará las medidas apropiadas, incluso llamar al 911. Las tarifas de transporte y servicios médicos serán responsabilidad del padre/tutor. También doy permiso al personal de la sala de emergencias del hospital para tratar al estudiante a menos que yo esté presente y haga otra solicitud. Entiendo que es mi responsabilidad devolver este formulario completo como parte del proceso de inscripción de mi hijo en la escuela. **Entiendo que debo notificar a la escuela sobre cualquier cambio en este formulario durante el año escolar.** Al firmar a continuación, reconozco que esta información es correcta y doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela administre los medicamentos anteriores.

_____ _____
Firma del Padre / Guardián Fecha

STUDENT SUPPORTS

Encuesta ocupacional (requerida por GaDOE; marque todo lo que corresponda)
1. ¿Alguien en su hogar se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado o estado en los últimos tres (3) años?___ Si ___No
2. ¿Alguien en su hogar ha estado involucrado en una de las siguientes ocupaciones, ya sea a tiempo completo o parcial o temporalmente durante los últimos tres (3) años?___ Si ___No

- *Plantar/Recolectar verduras (tomates, calabazas, cebollas, etc.) o frutas (uvas, fresas, arándanos, etc.)*
- *Plantar, cultivar, cortar, procesar árboles (madera para pulpa) o rastrillar paja de pino*
- *Procesamiento/Embalaje de productos agrícolas Lácteos/Avicultura/Ganadería*
- *Empaque/procesamiento de carnes (res, aves o mariscos)*
- *Pesca comercial o piscigranjas*

Por favor, compruebe su situación de vida actual:

☐ Alquile o sea propietario de la residencia actual
☐ Compartir la vivienda de otras personas (doblar) debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o razón similar
☐ En un motel, hotel, campamento o lugar similar debido a la falta de vivienda alternativa adecuada
☐ En un refugio de emergencia o de transición
☐ En un automóvil, parque, espacio público, edificio abandonado, vivienda precaria, estación de autobús o tren o entorno similar
☐ Jóvenes no acompañados que no viven con un padre/tutor legal en una de las circunstancias transitorias anteriores