

LISTA DE INSCRIPCIÓN

Bienvenido al Distrito Escolar de Milford! Estamos muy contentos de que esté registrando a su hijo con nosotros y vamos a trabajar duramente para asegurar que proporcionemos la mejor educación posible. El proceso de registro escolar requiere una padre o guardián legal para visitar la escuela a la que asistirá su hijo y finalizar un paquete de información y proporcione copias de los documentos enumerados a continuación. Un estudiante no puede comenzar la escuela sin un paquete completo y todos los documentos en el archivo.

- Copia de Licencia de Conducir del Padre / Guardián
- Prueba de residencia: los documentos aceptables incluyen:
 - Alquiler de vivienda
 - Declaración de hipoteca
 - Factura de servicios públicos (gas, electricidad, agua, etc.) La factura debe incluir la dirección donde se encuentran los servicios rendido y el nombre de la persona que registra al niño.
- Acta de nacimiento (copia)
- Boleta de calificaciones reciente / Transcripción del curso
- Prueba de vacunas / Disparos
- La siguiente documentación, si corresponde:
 - Documentos legales relativos a la custodia
 - Plan de educación individualizado (IEP)
 - Plan 504
 - Carta / documento de retiro de la escuela anterior

Puede llamar a la escuela con anticipación para programar un horario para registrarse. Por favor, traiga la información anterior cuando usted registra a su estudiante. Si no sabe a qué escuela debe asistir su hijo, utilice el localizador de la escuela en la sección de registro del sitio web del distrito.

Registro de Kindergarten -

Todos los niños que ingresen al Kinder serán evaluados. Su estudiante debe tener 5 años antes del 31 de Agosto de este año para atender a Kinder. Por favor, póngase en contacto con el Morris Early Childhood Center (302-422-1650) para programar un registro y tiempo de proyección para su estudiante. Debes traer a su estudiante con usted para el registro.

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 charter 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:** _____

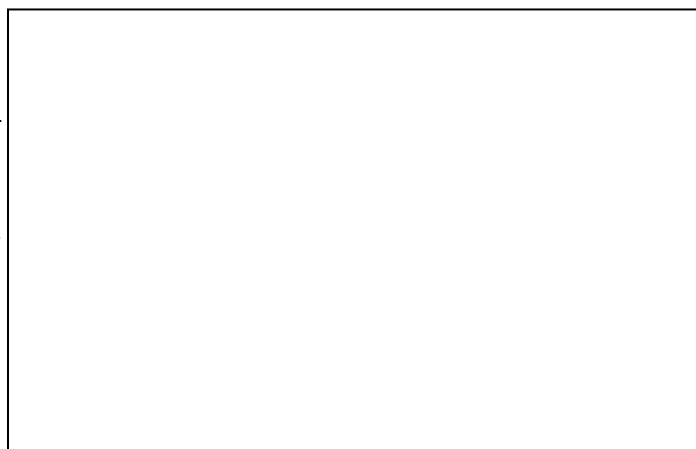
**** Si la dirección de recogida o entrega es la dirección de la casa por favor dar el nombre de la niñera****

Nombre de la Niñera: _____ **- Teléfono:** _____

Firma del Padre/Guardián

Nombre Impreso del Padre/Guardián

Fecha



Milford School District
Request for Student Records/ Solicitud de Registros Estudiantiles

To: _____
(Escuela Anterior)

Please fax the following items:

- _____ Birth Certificate
- _____ Immunization Records
- _____ Last Report Card
- _____ Withdrawal Grades
- _____ Demographic Sheet from School
- _____ IEP/504 Plan
- _____ Other (_____)

Yo solicito y autorizo que los registros se envíen al Distrito Escolar de Milford:
(I authorize and request that the records be sent to the Milford School District for:)

_____	_____	_____
Estudiante/Student	Grado/Grade	Fecha de Nacimiento (DOB)

Please mail or fax records to (Nombre de la Escuela de Milford):

Please include:

- Cumulative Records
 - Complete Transcript including grades and credits up to withdrawal date (High School)
 - Previous Report Cards (Elementary and Middle School)
- Explanation of grading system
- Test results: Standardized, Aptitude/Interest & Psychological
- Health & Immunization Records
- Special Education Records or Accommodation Plans, including IEP and evaluations on reports (Special Education Audit File)
- Any other data that will help us provide satisfactory adjustments to our school

Los registros se utilizan para fines profesionales solamente y son confidenciales.
(Records will be used for professional purposes only and will be kept confidential.)

Firma del Padre / Guardián

Fecha



DEPARTMENT OF EDUCATION

Townsend Building
401 Federal Street Suite 2
Dover, Delaware 19901-3639
<http://education.delaware.gov>

Mark A. Holodick, Ed.D.
Secretary of Education
(302) 735-4000
(302) 739-4654 - fax

Departamento de Educación de Delaware - Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

Fecha: _____

Escuela: _____

Spanish

El Departamento de Educación de Delaware exige a las escuelas que determinen el/los idioma(s) que los estudiantes hablan en el hogar. La información proporcionada solo será utilizada para decidir si el estudiante reúne los requisitos para comenzar el proceso de adquisición del inglés como segunda lengua y no será utilizada para temas relacionados con la inmigración ni se informará a las autoridades migratorias.

Información sobre el estudiante			
Nombre:		País de origen:	
Apellido:		Fecha de ingreso en EE. UU.:	
Fecha de nacimiento:		Fecha en la que el estudiante se inscribió por primera vez en una escuela de EE. UU.:	

Haga un círculo en los grados a los que su hijo asistió en escuelas de EE. UU.

PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

¿Durante cuántos meses el estudiante ha estado inscripto en una escuela de EE. UU.? _____

1. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo?

Idioma: _____ Dialecto: _____

2. ¿Cuál es el idioma que su hijo usa con mayor frecuencia en el hogar?

Idioma: _____ Dialecto: _____

3. ¿Cuál es el idioma que usted utiliza con más frecuencia para hablar con su hijo?

Idioma: _____ Dialecto: _____

4. ¿Qué idioma (s) aparte del inglés se hablan en su casa?

Idioma: _____ Dialecto: _____

5. ¿Con qué idioma preferiría recibir información de la escuela?

Idioma: _____ Dialecto: _____

Nombre del padre

Firma del padre

Fecha

LEA : Please have all families complete this home language survey at the student's initial enrollment in school. This form must be signed and dated by the parent or guardian and kept in the student's file. (If a language other than English or Non-US English is listed on questions 1-3, the LEA must continue with a records review, step 2 of the English learner identification process.)



2022 – 2023 FORMULARIO DE INFORMACIÓN ACTUALIZADA DE ESTUDIANTES JÓVENES CONECTADOS CON LO MILITAR

Todas las escuelas públicas de Delaware comenzando en el año escolar 2016 – 2017 están requeridas a identificar anualmente a los estudiantes registrados que son “jóvenes conectados con lo militar” de acuerdo al 14 **DE Admin. Code** 932, 14 **Del.C.** Capítulo 1, §122 (b) (28), 10 U.S.C. §101(d) (2014), y a la Ley reautorizada de Cada Estudiante Tiene Éxito (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq. para poder posiblemente proporcionarle a sus estudiantes con apoyos y servicios adicionales si es necesario.

Por favor lea las siguientes declaraciones y marque la caja apropiada abajo.

- Si usted es el padre/madre o padrastro/madrastra, solamente marque la caja que específicamente aplica a usted, el estado de su situación de servicio y la rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos.
- Si usted es el padre/madre o padrastro/madrastra, que cumple con la definición de la caja uno o dos, y hay un miembro inmediato de la familia residiendo en la misma casa que cumple con la definición de la caja tres, entonces deberá marcar ambas cajas.
- Si su estudiante no es un/a “joven conectado con lo militar”, por favor marque la cuarta caja, “No Aplica”.

PADRES O PADRASTROS

☐ “**Servicio Activo**” – Soy un padre/madre o padrastro/madrastra, quien es un miembro de las Fuerzas Armadas (Ejército de los Estados Unidos, Armada de los Estados Unidos, Fuerza Aérea de los Estados Unidos, Cuerpo de los Marines de los Estados Unidos, o el Guarda Costa de los Estados Unidos) en “**servicio activo**” de acuerdo a 10 U.S.C. §101(d) (2014), y a la Ley reautorizada de Cada Estudiante Tiene Éxito (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq.

☐ “**Servicio Activo/Retirado Recientemente/Reserva/Identificado Como un Veterano con Discapacidad/Muerto en Acción**” – Un padre/madre o padrastro/madrastra, *residiendo en la misma casa*, quien está en servicio activo, sirviendo en el componente de la reserva, identificado como un veterano con discapacidad, muerto en acción, o retirado recientemente (dentro de los 18 meses anteriores al 30 de septiembre del actual año escolar) de una rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. Tales ramas consisten del Ejército de los Estados Unidos, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, el Cuerpo de los Marines de los Estados Unidos, la Armada de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, el Guarda Costa de los Estados Unidos, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de acuerdo al 14 **DE Admin. Code** 932, 14 **Del.C.** Capítulo 1, §122 (b) (28), 10 U.S.C. §101(d) (2014).

MIEMBROS INMEDIATOS DE LA FAMILIA O CUALQUIER OTRA PERSONA RESIDIENDO EN LA MISMA CASA

☐ “**Servicio Activo/Retirado Recientemente/Reserva/Identificado Como un Veterano con Discapacidad/Muerto en Acción**” – Un miembro inmediato de la familia, incluyendo un hermano/a o cualquier otra persona *residiendo en la misma casa*, quien está en servicio activo, sirviendo en el componente de la reserva, identificado como un veterano con discapacidad, muerto en acción, o retirado recientemente (dentro de los 18 meses anteriores al 30 de septiembre del año escolar actual) de una rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. Tales ramas consisten del Ejército de los Estados Unidos, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, el Cuerpo de los Marines de los Estados Unidos, la Armada de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, el Guarda Costa de los Estados Unidos, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de acuerdo al 14 **DE Admin. Code** 932, 14 **Del.C.** Capítulo 1, §122 (b) (28), 10 U.S.C. §101(d) (2014).

☐ **NO APLICA**

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Maestro del Salón Principal: _____

Por favor devuelva este formulario al maestro del salón principal de su estudiante en o antes del lunes, 19 de septiembre de 2021.

Fecha: _____

Estimado Padre/Madre o Adulto responsable del estudiante,

Con el fin de servir mejor a su niño, _____, el distrito escolar _____,
(Insert District/Charter School Name)

está asistiendo al estado de Delaware a identificar estudiantes elegibles para recibir beneficios y apoyos. La información proporcionada es confidencial y será utilizada por el Departamento de Educación para fines de planeación únicamente. Por favor, conteste las siguientes preguntas y devuelva este formulario a la escuela de su hijo.

1. ¿En los últimos 3 años, su familia se ha cambiado de: a) un *distrito escolar* a otro; b) un estado a otro; c) otro país a Estados Unidos?

_____SÍ _____NO

Si es "NO", no complete el resto de esta encuesta. Si es "SI", por favor continúe.

2. ¿El motivo de este cambio ha sido por **buscar o aceptar** un empleo en una actividad agrícola o de pesca, o en alguna de las actividades enlistadas abajo? Conteste aunque tenga otro tipo de trabajo actualmente.

_____SÍ _____NO

Si es "SI", por favor marque todo lo que corresponda si usted, su esposo/a u otro miembro del hogar ha trabajado en/con:

Granja	Rastro/ Carnicería	Cultivar Césped	Invernadero
Lechería	Procesar carne/pescado	Empacar carne/alimentos	Plantar y cultivar árboles
Rancho	Cultivo de Arandanos	Granja de Hongos	Procesar alimentos
Enlatadora	Jugo Fresco/Congelado	Plantar, pizar o empacar	Procesar limento para mascota
Gallineros	Pescado y Marisco	frutas, vegetales, semillas, o	Desyerbar o preparar el terreno
Planta de Pollo/Pollera	Frutas secas/especias	nueces	para plantar

Favor de anotar otro trabajo/actividad agrícola o de pesca que usted, su esposo/a u otro miembro del hogar haya realizado:

Anote todos los niños y jóvenes entre **3-21 años de edad** en el hogar, incluyendo los que no asisten a la escuela:

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Edad	Grado	Escuela

Padre/Madre o Adulto responsable del estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Zip _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2 _____ Hora: _____ AM/PM

DISTRICTS: All **ORIGINAL** copies of the survey with "YES" responses for **BOTH** questions 1 and 2 **MUST** be submitted to the Delaware Department of Education **Migrant Education Program Office** within 10 days of the student's enrollment by **State Mail Code N510** or by U.S. Postal Service to **35 Commerce Way, Suite 1, Dover, DE 19904**. A COPY of this form must be retained in the student's file to document compliance with the Title I, Part C federal program requirements.

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: _____

Por favor llénelo y devuélvalo: El estado de Delaware requiere que todos los estudiantes tengan una tarjeta de emergencia en la enfermería del colegio

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 anteojos, ¿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 archivar 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