



## 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 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





# 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 inscrito 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.)



## 2023 – 2024 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, 18 de septiembre de 2023.**

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: \_\_\_\_\_

# 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