

Escuela _____ Año _____ Maestra _____
Transporte en bus: (B=bus,C=carro) AM PM papeles de custodia Si No

Escuelas del Condado de Caswell Hoja de Información del Estudiante

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Dirección para envío de correspondencia _____

Teléfono _____ Dirección para 911 _____

Lugar de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Origen Etnica: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza: Indígena de las Americas Asiático Negro Blanco
 Hawaiano o Isleño Pacífico

El estudiante vive con: madre padre madre&padre padre &madrastra madre & padrastro tutor,tutora

Madre/Madrastra/Tutora _____ Vivo Difunto

Empleador _____ Último grado completado _____ Lugar de Nacimiento _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Cell) _____

Dirección para envío de correspondencia _____

Dirección para 911 _____

Padre/Padrastro/Tutor _____ Vivo Difunto

Empleador _____ Ultimo grado completado _____ Lugar de Nacimiento _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Cell) _____

Dirección para envío de correspondencia _____

Dirección para 911 _____

Número de Hermanos: _____ Hermanas _____ Quienes viven en la casa:

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Estado Civil de los padres: Casados Separados Divorciados Solteros

¿Está suspendido su niño de la escuela previa? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cómo se llama la escuela? _____

Inventario de la Salud del Estudiante

El aprendizaje de su niño o niña depende de su salud. Para asistir en el suministro de los servicios de la salud en la escuela, por favor llene y regresa esta hoja a la escuela de su niño o niña.

¿Tiene el estudiante seguro privado? Sí ___ No ___ Medicaid? ___ Sí ___ # de ID _____
Nombre del Doctor _____ Fecha del chequeo más reciente _____
Nombre de Dentista _____ Fecha del chequeo más reciente _____
Está bajo el cuidado de un ortodontista? Sí ___ No ___ Nombre del doctor _____
Hospital Preferido _____

Tiene el estudiante:

Alergias? Si ___ No ___ A medicinas, alimentos, insectos, polen Lista _____

Ha requerido la acción de emergencia en el pasado? Si ___ No ___

Alergias de abeja? Si ___ No ___ Describe la reacción _____

Dificultad de la respiración Si ___ No ___ Necesita medicación

Emergencia? Si ___ No ___

Comentarios? _____

Asma? Si ___ No ___ Causado por _____ Tratamiento _____

Diabetes? Si ___ No ___ Toma insulina? Si ___ No ___ La fecha diagnosticado _____

Epilepsia/ataques Si ___ No ___ Describe el ataque _____

La fecha de la ultima ataque _____ Medicación Si ___ No ___

Está bajo el cuidado del doctor para ataques? Si ___ No ___

Problemas Cardiacas Si ___ No ___ Describe _____

Tiene restricciones físicas? _____

Medicinas? Si ___ No ___

Problemas con huesos y

Conjuntos Si ___ No ___ Describe _____

Tiene restricciones físicas? _____

Marque las inquietudes de la salud del estudiante:

Ojos ___ lentes ___ lente de contacto ___ dificultad de ver

___ leer ___ cruzado ___ ojo perezoso

___ distancia

Oidos ___ infecciones frecuentes audífonos:

___ tubos la derecha ___ la izquierda _____

___ Otra se usará en la escuela _____

___ Dificultad para oír, Explica _____

Otra ___ hemorragias nasales ___ comer ___ dormir ___ vejiga/riñon ___ catéter ___ menstruación

___ pulmones ___ neurológico ___ dolores de cabeza ___ intestinos ___ dieta especial ___ disorden

de la sangre

___ fobias ___ ADD/ADHD ___ dental ___ estómago ___ la piel ___ la presión de sangre

___ tabaco ___ alcohol ___ preocupación

Servicios especiales para la salud

Toma medicina diariamente en casa? ___ Sí ___ No en escuela? ___ Sí ___ No En el caso de emergencia solamente? ___ Sí ___ No

Nombre de la medicina y el razón para tomar _____

Lista enfermedades /heridas/cirugías _____

Condiciones que prohíben la participación de PE (educación física) _____

Otras inquietudes/información _____

Si el estudiante requiere medicación en escuela, o un cambio en la participación de PE, por favor obtenga los formularios apropiados en la oficina de la escuela.

Firma del padre o tutore legal

Fecha

Autorizo la Administración de la Escuela y/o las Enfermeras Escolares para obtener y/o liberar la información de salud pertinente y médica a y del médico y/o el Departamento de Salud supervisando a mi hijo o hija.

Firma de padre/tutor

Fecha

¿Este estudiante ha estado alguna vez matriculado en una escuela de Caswell anteriormente? SI _____ NO _____

Si la respuesta es sí, ¿cuál escuela? _____

¿Su hijo/hija esta transfiriendo de otra escuela? SI _____ NO _____

Si la respuesta es sí, la escuela _____

Escriba los nombres de las personas quienes tienen permiso para traerlo y recogerlo su hijo/hija a casa .Encluye las personas quienes tienen permiso a llevar a su hijo/hija al doctor en caso de emergencia :

Nombres

Número de telefono

1. _____

2. _____

Cualquier persona que no tengan permiso para contactar con de su hijo/hija (Tienen que proveer documentación legales.)

En caso del tiempo mal/dismisal temprano, el hijo/hija debe:

_____ Transporte a casa como usual o _____

Completa y firma el lado al revers de este hoja

**** Prueba de residencia y custodia están requeridos antes de matricular****