



## 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.)



## 2024 –2025 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, 23 de septiembre de 2024.**

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.

# Complete ambos lados de la pagina

GRADO: \_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_

MAESTRO: \_\_\_\_\_

DISTRITO ESCOLAR DE MILFORD 2023-2024 - TARJETA DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DE DELAWARE

APELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ F.D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES:

Nombre:		Nombre:	
Relación:		Relación:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de nacimiento:	
Ciudad, Estado, Código postal		Ciudad, Estado, Código postal	
Número de teléfono		Número de teléfono	
Lugar de trabajo		Lugar de trabajo	
Número de Teléfono del trabajo		Número de Teléfono del trabajo	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	
<b>Situación de custodia: (Debe tener documentos de custodia)</b>			
<b>***POR FAVOR NOTIFIQUE A LA ESCUELA SI SU NÚMERO DE TELÉFONO O INFORMACIÓN DE CONTACTO CAMBIA DURANTE EL AÑO***</b>			

## SI NO SE PUEDE CONTACTAR A LOS PADRES, LLAME AL:

- |        |                            |          |                  |
|--------|----------------------------|----------|------------------|
| NOMBRE | RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE | TELÉFONO | TELÉFONO CELULAR |
|--------|----------------------------|----------|------------------|
- |        |                            |          |                  |
|--------|----------------------------|----------|------------------|
| NOMBRE | RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE | TELÉFONO | TELÉFONO CELULAR |
|--------|----------------------------|----------|------------------|

Las enfermeras escolares pueden administrar medicamentos sin receta y recetados con el permiso escrito de los padres / tutores.

Se seguirá el siguiente proceso:

- La enfermera de la escuela debe evaluar la queja y los síntomas del estudiante para determinar si se pueden usar otras medidas antes de la medicación.
- Todos los medicamentos enviados a la escuela **DEBEN ESTAR EN EL CONTENEDOR/PAQUETE** TEXTO ORIGINAL. Esta es la ley.
- La enfermera de la escuela llevará un registro de los medicamentos administrados a su estudiante.

Doy permiso para que le den medicamentos a mi estudiante.

Verifique a continuación los medicamentos que su estudiante puede tomar durante el horario escolar.

\_\_\_ Acetaminofén/Tylenol (dolor/ fiebre) \_\_\_ Ibuprofen/Motrin/Advil (dolor/ fiebre) \_\_\_ Benadryl  
 \_\_\_ Antiácido (malestar estomacal) \_\_\_ Pastillas para la tos/aerosol cloraséptico (alivio del dolor de garganta)  
 \_\_\_ Anbesol/Orajel (dolor en la boca) \_\_\_ Enumere las alergias a cualquier medicamento: \_\_\_\_\_

**\*\*NOTA:** Las enfermeras usan lavado antiséptico, ungüento antibiótico, loción de calamina e hidrocortisona para la atención de tratamiento primaria de rutina.

Si no desea que estos tratamientos se utilicen en su estudiante, avise a la enfermera.

## PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA ESCOLAR

Sus escuelas han adoptado los siguientes procedimientos que normalmente se seguirán en el cuidado de su estudiante cuando se enferme o se lesione en la escuela. En emergencias extremas, la escuela buscará atención médica inmediata. En caso de emergencia y/o necesidad de atención hospitalaria:

- La escuela llamará al hogar. Si no hay respuesta,
- La escuela llamará al lugar de trabajo de la madre, el padre o el tutor. Si no hay respuesta,
- La escuela llamará a los otros números de teléfono enumerados y al médico.
- Si no hay ninguna respuesta de las personas nombradas anteriormente, la escuela llamará a una ambulancia, si es necesario para transportar al estudiante a un centro médico local.
- Según el juicio del médico que atienda a su estudiante, el estudiante puede ser admitido en un centro médico local.
- La escuela continuará llamando a los padres, tutores o médicos hasta que se contacte con uno.

Si no puedo ser contactado y las autoridades escolares han seguido los procedimientos descritos, acepto asumir todos los gastos de transporte y tratamiento médico de este estudiante. También doy mi consentimiento para cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento de diagnóstico o la administración de anestesia que pueda llevarse a cabo según el juicio médico del médico asistiendo tal estudiante.

Verifico que toda la información anterior esta correcta. Esta información puede ser compartida con el personal de la escuela sobre una base de "necesidad de saber". Por favor, póngase en contacto con la escuela si alguna de la información anterior cambia.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor complete y devuelva: El Estado de Delaware requiere que todos los estudiantes tengan una tarjeta de emergencia archivada en la Oficina de Enfermería de la Escuela.

## ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

**Esta información se compartirá según la necesidad de conocer con el personal, la administración y el personal médico de emergencia en caso de una emergencia, a menos que nos notifique lo contrario.**

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_ F.D.N \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestra/o: \_\_\_\_\_

POR FAVOR, COMPRUEBE SI EL NIÑO HA TENIDO DIFICULTADES CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES. INDIQUE LAS FECHAS Y LA INFORMACIÓN ADICIONAL EN LOS COMENTARIOS.

1.  TDAH/TDAH  Hueso/columna vertebral  Corazón  Hablado  
 Alergias  Intestino/vejiga  Infecciones  Cirugía  
 Asma  Diabetes  Riñón  Visión  
 Trastorno sanguíneo  Emocional  Discapacidad física  
 Perforación corporal/tatuaje  Audición  Convulsiones  
 OTROS \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Su estudiante tiene alergias a medicamentos, alimentos, látex o picaduras de insectos?

NO  SÍ  A qué \_\_\_\_\_ ¿Qué sucede? \_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_

3. ¿Su estudiante ha tenido alguna enfermedad desde el fin del año escolar anterior?

NO  SÍ  Tipo de enfermedad, con fecha(s) \_\_\_\_\_

4. ¿Su estudiante ha tenido cirugía desde el fin del año escolar anterior?

NO  SÍ  Tipo de cirugía, con fecha(s) \_\_\_\_\_

5. ¿Ha recibido su estudiante alguna vacuna desde el fin del año escolar anterior?

NO  SÍ  Lista de vacunas, con fechas \_\_\_\_\_

6. Su estudiante está recibiendo tratamiento o está siendo evaluado por alguna afección de salud?

NO  SÍ  Enumere la condición \_\_\_\_\_

7. Su estudiante está recibiendo algún medicamento o tratamiento?

NO  SÍ  Nombre del medicamento y/o tratamiento \_\_\_\_\_

Su estudiante necesita medicamentos durante el horario escolar?

NO  SÍ  **\*En caso afirmativo, comuníquese con la enfermera de la escuela para hacer los arreglos.**

8. ¿Alguna vez su estudiante ha sido examinado por un oftalmólogo?

NO  SÍ  Fecha del último examen \_\_\_\_\_

NO  SÍ  Gafas prescritas

Si su estudiante usa anteojos o lentes de contacto, ¿cuándo se cambió la receta por última vez \_\_\_\_\_

9. ¿Cuál es el nombre del dentista de su estudiante? \_\_\_\_\_

Cuál es la fecha de su último examen dental? \_\_\_\_\_

10. ¿Cuál es el nombre del proveedor de atención médica primaria de su estudiante? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha de su último examen físico? \_\_\_\_\_

11. ¿Su estudiante ha experimentado algún evento importante de la vida, como una mudanza reciente, muerte, separación, divorcio, etc. desde el fin del año escolar anterior? NO  SÍ

**\*En caso afirmativo, comuníquese con su enfermera escolar o la consejería escolar.**

## 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