

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 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

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:	
Situación de custodia: (Debe tener documentos de custodia)			
POR FAVOR NOTIFIQUE A LA ESCUELA SI SU NÚMERO DE TELÉFONO O INFORMACIÓN DE CONTACTO CAMBIA DURANTE EL AÑO			

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

1. _____
NOMBRE RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE TELÉFONO TELÉFONO CELULAR
2. _____
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:

1. 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.
2. Todos los medicamentos enviados a la escuela DEBEN ESTAR EN EL CONTENEDOR/PAQUETE TEXTO ORIGINAL. Esta es la ley.
3. 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:

1. La escuela llamará al hogar. Si no hay respuesta,
2. La escuela llamará al lugar de trabajo de la madre, el padre o el tutor. Si no hay respuesta,
3. La escuela llamará a los otros números de teléfono enumerados y al médico.
4. 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.
5. Según el juicio del médico que atienda a su estudiante, el estudiante puede ser admitido en un centro médico local.
6. 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