

Est. 1909

**ARS § 15-802 (B) requiere que los distritos escolares y las escuelas autónomas obtengan y mantengan documentación verificable de la residencia en Arizona al inscribirse en una escuela pública de Arizona. Este documento está diseñado para ayudar a los distritos escolares y las escuelas autónomas a cumplir con los requisitos legales del estatuto. Se requerirá un comprobante de domicilio que deberá renovarse anualmente para asegurar su exactitud y fiabilidad. Por favor, reafirme que el siguiente domicilio es correcto.**

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / guardián legal: \_\_\_\_\_

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_

Domicilio en el archivo: \_\_\_\_\_

*Si el estudiante no reside en el domicilio anterior, se requerirá un nuevo Formulario de Documentación de Residencia de Arizona, con la documentación de respaldo.*

Reafirmo mi residencia y domicilio actual en el archivo según lo prescrito por los Estatutos Revisados de Arizona.

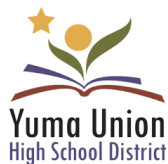
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*La documentación de residencia debe mantenerse de acuerdo con la póliza de retención de registros del Distrito, teniendo en cuenta la ventana de auditoría de ADE de hasta tres años inmediatamente anteriores al año fiscal actual en el momento en que comienza la actividad de monitoreo o auditoría.*

District Office

3150 S Avenue A Yuma, Arizona 85364 Phone: 928-502-4600 Fax: 928-344-9157

Where Great Minds Grow



# YUHSD Formato de Información Médica

## 2024-2025

Escuela: \_\_\_\_\_

### Información de Emergencia

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Nombre Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Tel#: \_\_\_\_\_ Tel#2: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto Emergencias #1: \_\_\_\_\_ Tel#: \_\_\_\_\_

Contacto Emergencias #2: \_\_\_\_\_ Tel#: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Tel# \_\_\_\_\_

❖ Yo \_\_\_\_\_ autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse con el proveedor de atención médica de mi hijo(a) para discutir cualquier condición medica que pueda ser inferida en este formulario.

### Historial Médico

Por favor **"marque (X)"** cualquiera de las siguientes condiciones de salud si corresponden a su hijo(a):

|  |  |
|--|--|
|  | <b>Alergias y Reacciones</b><br>EpiPen:<br><br>SÍ      No                            |
|  | <b>Inhalador de Asma:</b><br><br>SÍ      No  |
|  | <b>Diabetes: Tipo 1 ó Tipo 2</b><br>Monitoreo continuo de glucosa:<br><br>SÍ      No |
|  | <b>Convulsiones</b><br>Medicamentos de Rescate:<br><br>SÍ      No                    |
|  | <b>Conmoción Cerebral/ Lesión Cerebral Traumática (dentro de un año)</b>             |
|  | <b>Migrañas/Dolores de Cabeza Frecuentes</b>   |
|  | <b>Usa Lentes o Lentes de Contacto</b>   |

|  |  |
|--|--|
|  | <b>Otra Enfermedad Reciente o Crónica /Condición / Cirugía</b><br>Por favor enumere: |
|  | <b>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)</b>                     |
|  | <b>Depresión/Ansiedad</b>  |
|  | <b>Autismo</b>   |
|  | <b>Medicamentos Diarios:</b><br>Por favor enumere:                                   |
|  | <b>Pérdida de la Audición</b><br><i>Circular:</i><br>Dch.      Izq.      Ambos       |
|  | Tiene un formato de <b>Enfermedad Crónica</b> del año escolar anterior.              |



## YUHSD Formato de Información Médica 2024-2025

A discreción de la Enfermera y en cumplimiento con la política del distrito (JLDC), **Medicamentos de Mostrador/ Venta Libre** pueden ser administrados para el tratamiento de su hijo(a). Favor de circular **Sí o No** a lo siguiente:

|   |   |                            |   |   |                                  |
|---|---|----------------------------|---|---|----------------------------------|
| S | N | Ibuprofeno (Advil, Motrin) | S | N | Ungüento Antibiótico             |
| S | N | Acetaminofen (Tylenol)     | S | N | Benadryl Oral/ Benadryl en Crema |

❖ *También pueden administrarse medicamentos de Venta Libre adicionales como: antiácidos, pastillas para la tos, Orajel, y gotas para los ojos.*

**Firma del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

---

**Notas de la Enfermera:**



# Formulario de exclusión voluntaria para estudiantes de preparatoria

Año escolar 2024 - 20x25

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ No. ID: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

## DISTRITO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Su hijo puede ser entrevistado, fotografiado o grabado en audio o video por los medios de comunicación, el personal del distrito o los agentes del distrito para contenido impreso, de radio, televisión, Internet o cualquier otro medio que pueda usarse para programas deportivos, musicales, o presentaciones de teatro, ceremonias de graduación, comunicados de prensa, solicitudes de becas o premios, u otra publicidad sobre actividades escolares oficialmente reconocidas, a menos que usted indique lo contrario seleccionando las casillas correspondientes a continuación:

- No quiero que el personal del distrito entreviste, fotografíe o grabe audio/video a mi hijo(a) para ningún propósito educativo.
- No quiero que los medios de comunicación entrevisten, fotografíen o graben audio/vídeo a mi hijo(a) para ningún propósito.

## INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO

En situaciones estrictas, el distrito puede revelar "información del directorio", que consiste en el nombre del estudiante, dirección, correo electrónico, número telefónico, campo de estudio, estatus de inscripción (parcial/ tiempo completo), instituciones educativas a las que asistió, fotografía; fecha y lugar de nacimiento; clase/grado escolar; fechas de asistencia; fecha de graduación; participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos; peso y altura si el estudiante es miembro de un equipo deportivo; y premios recibidos; el nombre del padre, dirección, correo electrónico y número telefónico.

El distrito divulgará dicha información sólo si la solicitud proviene de (i) una institución postsecundaria (ejemplo: colegio o universidad); (ii) una Agencia de Seguridad Pública (Policía) o el Departamento de Seguridad Infantil; o (iii) un proveedor seleccionado por la escuela para brindar un servicio relacionado con la escuela, como fotografías de clase y anuarios. Bajo ninguna circunstancia el distrito proporcionará información del directorio a una persona o entidad con fines de comercialización masiva. La información del directorio de su hijo(a), se divulgará como se describe anteriormente, a menos que usted indique lo contrario seleccionando la casilla a continuación:

- No quiero que se divulgue la información del directorio de mi hijo(a). Al seleccionar esta opción, entiendo que el nombre y/o la imagen de mi hijo no se incluirán en el anuario, boletines, programas y otras publicaciones de la escuela y el distrito.

## SOLICITUDES DE RECLUTADORES MILITARES

El distrito debe revelar el nombre, la dirección y el número de teléfono de un estudiante de preparatoria a los reclutadores militares, a menos que usted indique lo contrario seleccionando la casilla a continuación:

- No quiero que se proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de mi hijo(a), a los reclutadores militares.

## FAVOR DE CONSIDERAR

- Puede optar por no recibir cobertura del distrito y de los medios de comunicación, divulgaciones de información del directorio o solicitudes de reclutadores militares, presentando este formulario completo a la escuela dentro de las dos (2) semanas posteriores a su recepción.
- Este formulario debe volver a presentarse al comienzo de cada año escolar.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre (letra molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha