



días escolares regulares

De lunes a viernes de 3:00 p.m. a 6:00 p.m

PAQUETE DE REGISTRO DEL PROGRAMA T.R.A.C.K.S. 2019-2020

T.R.A.C.K.S. UBICACIÓN DEL SITIO: _____ Fecha: _____

Nombre completo del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Grado: _____

Raza: indio americano, asiático, negro, blanco Etnia: no hispano sí hispano

Dirección : _____

Dirección postal: _____

Nombre completo (Padre): _____ Teléfono: _____

Empleador del padre _____ Teléfono: _____

Nombre completo (Madre): _____ Teléfono: _____

Empleador de la madre: _____ Teléfono: _____

Estudiante vive con ---- Mamá, papá, ambos padres, Otro -- _____

Tutor legal: _____ Teléfono: _____

Enumere cualquier preocupación médica / problema de salud: alergias, etc.

PROGRAMA DE T.R.A.C.K.S. 2019-2020

Contactos de emergencia (que no sean los padres, en caso de accidente o enfermedad) Estas personas pueden recoger a su hijo, si no puede hacerlo. Si una persona NO está en la lista, él / ella no podrá recoger a su hijo. Primero llamaremos a los padres al número indicado más arriba.

Nombre	Relación al estudiante	Número de teléfono
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Restricciones legales / de custodia especiales:

PROGRAMA DE T.R.A.C.K.S. 2019-2020

Exención de permiso

Por la presente, doy permiso para que mi hijo participe en los eventos, actividades y viajes del programa 21st Century Franklin County After School / Summer. Esto puede incluir pruebas previas / posteriores, encuestas, acceso a Internet y actividades de enriquecimiento. Doy permiso para que el trabajo o las fotos de mi hijo se usen en la implementación y promoción del programa. Doy permiso para que el Personal del Siglo 21 tenga acceso a los registros escolares de mi hijo.

Firma del padre / tutor

Fecha

Doy permiso para que el programa 21st Century After School / Summer obtenga tratamiento médico de emergencia, incluido el transporte de emergencia, para mi hijo si no se me puede localizar de inmediato. Acepto ser responsable de cualquier gasto médico de emergencia incurrido.

Firma del padre / tutor

Fecha

NOTA:

- Los estudiantes no deben ser perjudiciales ni ser una amenaza para ellos mismos o para otros.
- Si se muda o cambia los números de teléfono de su casa / celular, notifique a su Supervisor de T.R.A.C.K.S. después de clases inmediatamente.
- No deseamos ser intrusos, pero debemos mantenernos informados de los cambios en la tutela, custodia, adiciones o supresiones a los formularios de salida diaria del estudiante en relación con nuestro cuidado para su hijo.
- **Informe a cualquier persona que recoja a su hijo que traiga una identificación con foto porque podemos solicitarla en cualquier momento.**

He recibido una copia del Manual para Padres y acepto las políticas del Programa T.R.A.C.K.S. del Condado de Franklin.

Nombre del niño

Firma del padre / tutor

Fecha

PROGRAMA DE T.R.A.C.K.S. 2019-2020
(SOLO para el semestre de otoño y el semestre de primavera)
Política de tareas y asistencia

La continuación de los fondos para este programa se basa en gran medida en la mejora académica y asistencia de su hijo. Por lo tanto, el programa adopta un enfoque agresivo con respecto a la finalización de la tarea asignada, los proyectos y la asistencia diaria. Los siguientes procedimientos se han establecido para garantizar que se cumplan todos los requisitos relacionados con los logros académicos y las asistencias en la subvención.

Académico (Trabajos / Tareas):

- Se requiere que los estudiantes traigan hojas de tareas o traigan las tareas escritas en un cuaderno o un boletín de su maestro(s).
- Si los estudiantes no tienen tarea asignada, se espera que realicen otras actividades académicas/de enriquecimiento asignadas, durante el tiempo de tarea.
- Después de 2 días consecutivos de "no tarea" en un área temática, el personal de TRACKS consultará con los maestros de clase de su hijo para verificar las tareas asignadas.
- El programa TRACKS no reemplaza el lugar de apoyo académico de los padres. Los padres deben verificar las tareas de sus hijos para completar y precisar. Si los estudiantes tienen exámenes que se espera que los estudiantes estudien en casa, entonces los padres deben revisar las habilidades / contenido con sus hijos.

Asistencia:

- Se requiere que su hijo / hijos se reúnan en el área designada para el programa después de clases.
Si su hijo NO va a asistir en un día determinado, notifique al personal del programa T.R.A.C.K.S. que no asistirá ese día.
- **(IMPORTANTE)** Se requiere que los estudiantes asistan al programa TRACKS un mínimo de 4 días a la semana.

Estoy de acuerdo en cumplir con los procedimientos de asistencia para el programa como se indicó anteriormente.



DEPARTAMENTO EDUCATIVO DEL ESTADO DE ALABAMA
PROGRAMA DE T.R.A.C.K.S. 2019-2020
Record de Evaluación Médica



Año Escolar:

Para el Padre o Guardián:

El propósito de este formulario es proporcionarle a la enfermera escolar información adicional sobre las necesidades medicas de su hijo/a. la enfermera puede comunicarse con usted para obtener mas información. La información requerida es esencial para cumplir con las necesidades médicas de su hijo/a.

Esta información se mantendrá confidencial.

Nombre de Estudiante (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de Nac.	Sexo	Escuela
--	---------------	------	---------

Dirección (Calle)

Número de Teléfono de Casa	Número de Teléfono Celular	Numero de Teléfono Adicional	Grado	Maestro/a de Salón
----------------------------	----------------------------	------------------------------	-------	--------------------

Nombre de Padre/Guardián (Apellido, Primer, Segundo)	Numero de Teléfono de Trabajo
--	-------------------------------

Transportación
☐ Camino Escolar Numero de Camino: ☐ Carro ☐ Camino de Necesidades Especiales ☐ Programa después de la escuela

Parte I – Información de Salud

Lugar donde su hijo/a recibe cuidado médico: Nombre de Doctor: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ ☐ Clínica Comunitaria de Salud ☐ Departamento de Salud ☐ Clínica de Hospital ☐ No tiene lugar regular ☐ Doctor Privado/HMO	Información de Seguro Medico de su hijo/a: ☐ ALL KIDS ☐ Medicaid ☐ No tiene seguro medico ☐ Otro _____ ☐ Seguro Medico Privado	Lugar donde su hijo/a recibe cuidado dental: Nombre de Dentista: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ ☐ Clínica Comunitaria de Salud ☐ Departamento de Salud ☐ Clínica de Hospital ☐ No tiene lugar regular ☐ Dentista Privado/HMO
--	---	--

Hospital de Preferencia: _____

Parte II – Historia Medico Equipo Medico/Procedimientos Requeridos en la Escuela

- | | | | | |
|---|--|---|--|---------------------------------------|
| ☐ Catéter | ☐ Tubo Gástrico | ☐ Tratamientos Nebulizadores | ☐ Suplemento de Oxigeno | ☐ Traqueotomía |
| ☐ Estimulador del Nervio Vagal (VNS) | ☐ Ventilador | ☐ Silla de Ruedas | ☐ Caminadora | |
| ☐ Otro Por favor explique: | | | | |



DEPARTAMENTO EDUCATIVO DEL ESTADO DE ALABAMA
PROGRAMA DE T.R.A.C.K.S. 2019-2020
Record de Evaluación Médica



Año Escolar:

Parte III – Historia Medico

☐ SI ☐ NO	PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS Si NO , vaya directamente al final de la hoja y proporcione la firma de padre/guardián Si SI , y diagnosticado por un doctor, conteste cada pregunta siguiente.
☐ SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO	Trastorno de Déficit de Atención (ADD) Trastorno de déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) Requiere medicamento ☐ En la Escuela ☐ En la Casa
☐ SI ☐ NO	Alergias: ☐ Alimentos _____ ☐ Insectos _____ ☐ Ambiente _____ ☐ Medicamentos _____ ☐ Urticaria/Sarpullido ☐ Medicamentos ☐ Dificultad respiratoria ☐ Epi-pen ☐ Otro:
☐ SI ☐ NO	Asma ☐ Usa un inhalador en la escuela ☐ Usa un inhalador en la casa
☐ SI ☐ NO	Problemas de sangrado: ☐ Hemofilia, ☐ Requiere medicamento Por favor explique: ☐ Von Willebrand's ☐ Otro
☐ SI ☐ NO	Sangrado de nariz frecuente: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Cáncer/Leucemia: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Parálisis Cerebral: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Fibrosis Cística: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Problemas Dentales: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Diabetes ☐ Diabético Tipo 1 ☐ Monitorea azúcar en la sangre en la escuela ☐ Requiere Insulina en la escuela ☐ Bomba de Insulina ☐ Orden de Glucógeno ☐ Oral medicamento ☐ Diabético Tipo 2 ☐ Controla la dieta
☐ SI ☐ NO	Emocionales/Comportamiento/Psicológico: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Problemas Gastrointestinales/Estomago: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Trastorno Genético / Raro: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Dolores de Cabeza: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Problemas de Oír: ☐ Oído derecho ☐ Oído izquierdo ☐ Ambos Oídos ☐ Pérdida de Oír ☐ Ayuda Auditiva ☐ Tubos ☐ Implante Coclear
☐ SI ☐ NO	Condición del Corazón: ☐ Restricciones de Actividad: ☐ Medicamento tomado en casa: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Hipertensión (Alta Presión): Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Artritis Juvenil/ Problemas de Huesos-Articulaciones: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Problemas de Riñones/ Vejiga/ Urinaria: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Escoliosis: ☐ NO Tratamiento ☐ Usa Soporte ☐ Cirugía ☐ Historia Familiar
☐ SI ☐ NO	Ataques/Convulsiones: Tipo de Ataque: _____ Medicamento: ☐ Diastat ☐ Klonopin ☐ Versed ☐ Medicamento en Casa ☐ Otro _____ Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Anemia de Células: ☐ Anemia ☐ Rasgo
☐ SI ☐ NO	Shunt (desviación de ventrículo cerebral): ☐ VP shunt Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Espina Bífida:
☐ SI ☐ NO	Dieta Especial: Por favor explique:
☐ SI ☐ NO	Problemas de Vista: ☐ Usa Lentes ☐ Usa Contactos ☐ Otro
☐ SI ☐ NO	Otras Condiciones Medicas: Por favor incluya <u>cualquier</u> medicamento tomado solamente en casa.

Firmas Requeridas

Padre Firma: _____ la fecha: _____