

Learning for all... whatever it takes!



Paquete de registro e información

pre K

Descargue los formularios, llenelos y envíelos por correo electrónico con los documentos necesarios.

Los documentos requeridos para completar la registración son:

- Certificado de nacimiento
- Inmunizaciones/Físicas
- Comprobante de domicilio
- (Factura actual de servicios públicos, arrendamiento, recibo de alquiler)
- Identificación con foto de los padres/tutores
- Registros escolares anteriores (Nombre de la escuela, fax #, teléfono #)
- Documentos de custodia (si no son los padres)
- Documentación de Educación Especial, IEP, planes 504

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarme o enviarme un correo electrónico y estaré encantada de ayudarle.

Vanessa Escobar

Proveedora de servicios de educación bilingüe

vescobar@g.dunkirkcsd.org

Oficina Central de Registro

752 Central Ave

Dunkirk, NY 14048

716 366 9300 ext. *4401

Fax:716 366 9305

Para obtener más información, visite nuestra página web del Distrito en:

www.dunkirkcsd.org o la pagina de Facebook.

Student ID: _____ **FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Nombre: _____ Apellido _____
 Fecha de nacimiento: _____ Masculino Hembra Idioma dominante _____
 Dirección: _____ # de Apto. _____ ¿Cuántos adultos en el hogar? _____
 Número de teléfono # Celular: _____ casa #: _____ trabajo# _____
 Grado: _____ ¿Ha fracasado el estudiante _____ Que grado _____ País de nacimiento: _____

ALERTAS: Sobre el estudiante.

	SÍ	NO
Tiene alguna afección médica, toma medicamentos, tiene alguna alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibe educación especial? ¿Tiene un IEP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibes terapia del habla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra en una situación de vivienda temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un Plan de Rehabilitación 504?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has asistido antes al Distrito Escolar de Dunkerque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La familia recibe beneficios de SNAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Custodia: Marque aquí si no tienes documentación legal – **NUNCA FUISTE AL TRIBUNAL**

¿Hay alguna situación de custodia que la escuela deba conocer? _____

¿Quién tiene la custodia física del estudiante? Ambos padres Madre Padre Otra persona

El estudiante vive con: Ambos padres Madre Padre Otra persona

Por favor, proporcione la documentación de custodia si el estudiante vive con otra persona.

Madre:

Nombre: _____ Apellido _____ Idioma dominante: _____
 Dirección si es diferente: _____
 Número de teléfono: Celular _____ #de trabajo _____
 Correo electrónico: _____ Permiso para recoger al niño
 ¿Deberíamos llamarla en caso de emergencia? ¿Debería recibir correspondencia?

Padre:

Nombre: _____ Apellido: _____ Idioma dominante: _____
 Dirección si es diferente: _____
 Número de teléfono: _____ Número de trabajo: _____
 Correo electrónico: _____ Permiso para recoger al niño
 ¿Deberíamos llamarlo en caso de emergencia? En caso de que reciba correspondencia

Información del estudiante

Apellido: _____ First Nombre: _____
 Dirección: _____ Telephone: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Cell _____

INFORMACIÓN DEL PADRE (no del padrastro)

Nombre: _____
 ¿Reside en el hogar? Si _____ No _____
 Si no es así, indique la dirección alternativa:

 Teléfono de casa: _____
 Teléfono móvil: _____
 Lugar de trabajo: _____
 Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE (no de la madrastra)

Nombre: _____
 ¿Reside en el hogar? Si _____ No _____
 Si no es así, indique la dirección alternativa:

 Teléfono residencial: _____
 Teléfono móvil: _____
 Lugar de trabajo: _____

INFORMACIÓN DEL TUTOR (completa SOLO si el niño NO RESIDE con los padres)

Nombre: _____
 Reside en el hogar? Si _____ No _____
 Si no es así, indique la dirección alternativa:

 Teléfono residencial: _____
 Teléfono celular: _____
 Lugar de trabajo: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Cómo se llama el médico de su hijo?

 Teléfono: _____
 Por favor, haga una lista de cualquier **problema** médico GRAVE de su hijo:

OTROS HERMANOS -- Por favor, haga una lista de otros hermanos que viven en su hogar, incluidos los niños en edad preescolar:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

A LOS PADRES/TUTORES: Cuando un estudiante necesita ser liberado/registrado durante el horario escolar, es necesario tener el permiso de los padres. Si un padre/tutor no puede acompañar a su hijo/a, el padre/tutor puede designar a un adulto responsable. Si el padre ha renunciado a su autoridad paterna debido a un divorcio, separación u orden judicial, es responsabilidad del tutor legal proporcionar a la escuela la documentación oficial necesaria. El Distrito Escolar de la Ciudad de Dunkerque no negará la patria potestad a ninguno de los padres sin dicha documentación. La patria potestad no se transfiere automáticamente a un padrastro o madrastra. Enumere la información de los padrastros en el espacio que se proporciona a continuación para las personas que tienen su permiso para firmar la entrada y salida de su hijo de la escuela. Tras su firma, las personas que se enumeran a continuación tienen permiso para sacar a su hijo del edificio escolar. Los estudiantes serán entregados solo a la madre, el padre, el tutor y las personas que se enumeran a continuación. **ENUMERE SOLO A LOS ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS A QUIENES SE PUEDA CONTACTAR ENTRE LAS 8:00 A.M. Y LAS 3:00 P.M.**

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____
 Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____
 Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____

Firma de Padre o Tutor _____ Fecha _____



Previous school Information
Informacion de Educacion Previa

Name of School: _____
Nombre de la escuela

Phone Number: _____
Numero de Telefono

School Fax # _____
Numero de Fax

School email: _____
Correo electronico

Name of Person we are requesting transcripts from:
Nombre de la persona encargada de la transcripción:

Learning for all... whatever it takes!

Questionario de Datos Raciales y Etnicidad del Estudiante

Todo estudiante entre las edades de 5-21 año tiene el derecho a una educación pública. No se le debe negar a los niños asistencia por razón de raza, color, origen nacional, sexo, ciudadanía, incapacidad, o estado de inmigración.

Nombre de la Escuela:

de Identificación del estudiante en la Escuela

FDN (Mes/Día/año):

Nombre del Estudiante:

Grado:

Instrucciones para el padre o tutor.
Favor de contestar ambas partes (1) and (2).

- Si Hispano
- No, Hispano

¿El estudiante es Hispano, Latino o de Origen Hispano?
Hispano, Latino, se refiere a personas: Cubanos, Mejicanos, Puertorriqueño, Central o Sur -Americano, u otra cultura Española no importa la raza.

Seleccione una o más de las siguientes razas [pregunta (2) Marque (X) en las que le aplica a su niño; Marque(x) Por lo menos 1 caja.

- Indio Americano o Nativo de Alaska: A person having origins in any of the original peoples of North America and who maintains cultural identification through tribal affiliation or community recognition. e.g. Cherokee, Mohawk, Inuit.
- Asiatico: A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- Nativo de Hawaii o Islas del Pacifico: A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- Negro o Afro-Americans: A person having origins in any of the black racial groups of Africa
- Blanco, A person having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa, or the Middle East

Firma del Padre/tutor

Fecha

RELATIONSHIP TO STUDENT [please check one box below]:

- Madre
- Padre
- tutor
- Otro (Especifique) _____



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK
 Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes
 para alumnos de preescolarⁱ

*Estimado padre, madre o tutor:
 Gracias por completar el Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes. Esta encuesta aportará a su escuela nueva información valiosa sobre la experiencia de su hijo con los idiomas. La información reunida servirá para que los educadores de preescolar puedan brindar un nivel de instrucción relevante desde el punto de vista lingüístico y académico, que afiance el idioma y la alfabetización de todos los alumnos.*

ESTA SECCIÓN SOLO SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR O A CARGO DE LA INSCRIPCIÓN Y SE ARCHIVARÁ
Fecha en que se completó el perfil:
Nombre del estudiante:
Sexo:
Fecha de nacimiento:
Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad:
Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):
Nombre de la persona que administra el perfil:
Puesto:

Información del padre, la madre o la persona que desempeña un rol parental
Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:
Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro
¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro idioma que se habla en el hogar:
Idioma que se habla en el hogar
1. ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?
2. ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente? (Enumere todos los que correspondan.)
3. ¿Hay un cuidador en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?
4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?
5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?
6. ¿Su hijo tiene hermanos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?

7a. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones cortas?

¿En qué idioma?

7b. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones completas?

¿En qué idioma?

8. ¿Qué idioma utiliza su hijo en los juegos de simulación?

9. ¿Cómo ha aprendido inglés su hijo hasta este momento (programas de televisión, hermanos, personas a cargo del cuidado, etc.)?

Idioma fuera del hogar/de la familia

10. ¿Su hijo ha asistido a algún programa de guardería, Head Start o de cuidado infantil? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma se hablaba en el programa?

¿En qué idiomas interactúa su hijo con otras personas en el entorno de guardería o cuidado infantil?

11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que hace su hijo con los amigos?

Objetivos de idioma

12. ¿Cuáles son sus objetivos de idioma para su hijo? Por ejemplo, ¿quiere que su hijo aprenda a hablar bien más de un idioma?

13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe? Sí No

14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida?

Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma?

Alfabetización emergente

15. ¿Su hijo tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca?

¿En qué idioma le leen estos libros?

16a. ¿Su hijo puede decir algunas letras o sonidos en inglés? Sí No

16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
17a. ¿Su hijo simula leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
17b. ¿Su hijo simula escribir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
De ser así, ¿qué objetivos describe?
20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

ⁱ Para más información, comuníquese con la Oficina de Educación Infantil del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-5807, o por correo electrónico a OEL@nysed.gov, o la Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-8775 o (718) 722-2445, o por correo electrónico a OBEWL@nysed.gov.

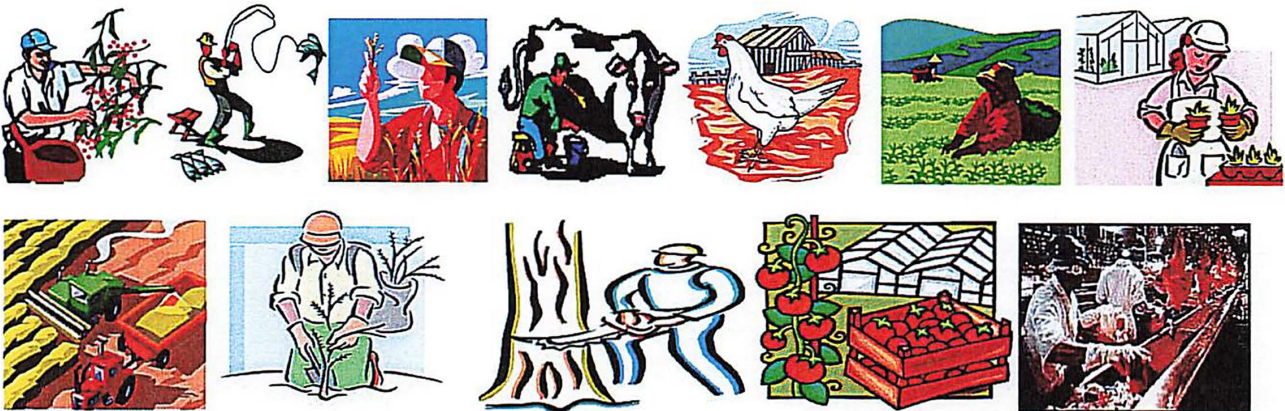
OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, **sin importar su nacionalidad o estado legal**. Este programa **es gratuito** para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de involucramiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?

- Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: _____ - _____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Para someter este referido, por favor envíelo por fax a 607-436-3606, o por correo a NYS Migrant Education Program- Identification & Recruitment Office 100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY 12020

Digital Access Survey *Encuesta de Acceso Digital

Digital Equity is the new data set being collected for the 2025-2026 school year. Districts are now required to survey all parents or guardians to identify the source of student's digital resources (devices and availability). Parents or guardians are encouraged to complete the survey for each child.

* Equidad digital es el nuevo conjunto de datos que se está recopilando para el año escolar 2025-2026. Los distritos ahora deben encuestar a todos los padres o tutores para identificar la fuente de los recursos digitales de los estudiantes (dispositivos y disponibilidad). Se anima a los padres o tutores a completar la encuesta para cada niño.

Student Name (first and last) *Nombre del estudiante (nombre y apellido)	
Survey Date * Fecha de la encuesta (Mes, día y año)	
1: The district will issue your child a Chromebook to use during the school day. If needed these will be sent home for Remote instruction. 1: El distrito le entregará a su hijo un Chromebook para que lo use durante el día escolar. Si es necesario, se enviarán a casa para recibir instrucción remota.	
Question 2: What is the device your child uses most often to complete learning activities away from school ? (Whatever the student is most often using to complete their schoolwork.) * Pregunta 2: ¿Cuál es el dispositivo que usa su hijo con más frecuencia para completar actividades de aprendizaje fuera de la escuela? (Lo que sea que el estudiante use con mayor frecuencia para completar su trabajo escolar).	<input type="checkbox"/> Desktop (Escritorio) <input type="checkbox"/> Laptop (Ordenador portátil) <input type="checkbox"/> Tablet (Tableta) <input type="checkbox"/> Chromebook <input type="checkbox"/> Smartphone (teléfono inteligente) <input type="checkbox"/> No device (No dispositivo)
Question 3: Who is the provider of the primary learning device identified in question 2? (This can be a school-provided device or another device, whichever the student is most often using to complete their schoolwork.) * Pregunta 3: ¿Quién es el proveedor del dispositivo de aprendizaje principal identificado en la pregunta 1? (Puede ser un dispositivo proporcionado por la escuela u otro dispositivo, el que el estudiante utilice con más frecuencia para completar su trabajo escolar).	<input type="checkbox"/> School (Escuela) <input type="checkbox"/> Personal (Personal) <input type="checkbox"/> No device (No dispositivo)

<p>Question 4: Is the primary learning device shared with anyone else in the household? * Pregunta 4: ¿Se comparte el dispositivo de aprendizaje principal con alguien más en el hogar?</p>	<p><input type="checkbox"/> Shared (Comparte) <input type="checkbox"/> Not shared (No comparte) <input type="checkbox"/> No device (No dispositivo)</p>
<p>Question 5: Is the primary learning device sufficient for your child to fully participate in all learning activities away from school? * Pregunta 5: ¿El dispositivo de aprendizaje principal es suficiente para que su hijo participe plenamente en todas las actividades de aprendizaje fuera de la escuela?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Question 6: Is your child able to access the internet in their primary place of residence? * Pregunta 6: ¿Puede su hijo acceder a Internet en su lugar de residencia principal?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Question 7: What is the primary type of internet service used in your child's primary place of residence? * Pregunta 7: ¿Cuál es el tipo principal de servicio de Internet que se utiliza en el lugar de residencia principal de su hijo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Residential broadband (Banda ancha residencial) <input type="checkbox"/> Cellular (Celular) <input type="checkbox"/> Mobile hotspot (Punto de acceso móvil) <input type="checkbox"/> Community (Comunidad) Wifi <input type="checkbox"/> Satellite (Satélite) <input type="checkbox"/> Dial up (marcar) <input type="checkbox"/> DSL <input type="checkbox"/> Other (Otro) <input type="checkbox"/> None (Ninguno)</p>
<p>Question 8: In their primary residence, can your child complete the full range of learning activities, including video streaming and assignment upload, without interruptions caused by slow or poor internet performance? * Pregunta 8: En su residencia principal, ¿puede su hijo completar la gama completa de actividades de aprendizaje, incluida la transmisión de videos y la carga de tareas, sin interrupciones causadas por un rendimiento de Internet lento o deficiente?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Question 9: What, if any, is the primary barrier to having sufficient and reliable internet access in your child's primary place of residence? * Pregunta 9: ¿Cuál es la barrera principal, si la hay, para tener acceso a Internet suficiente y confiable en el lugar de residencia principal de su hijo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Availability (Disponibilidad) <input type="checkbox"/> Cost (Costo) <input type="checkbox"/> None (Ninguno) <input type="checkbox"/> Other (Otro)</p>



Learning for all... whatever it takes!

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

PARA: _____ Fax: _____

Los estudiantes que se enumeran aquí han ingresado al Distrito Escolar de la Ciudad de Dunkirk:

NOMBRE: _____ FDN: _____ GRADO: _____

NOMBRE: _____ FDN: _____ GRADO: _____

Por favor, envíe la siguiente información:

- Registros Académicos*
- Standardized puntuaciones de los exámenes*
- Examen de Salud/registros de vacunas*
- Informes profesionales/Calificaciones*
- Registro de Asistencia*
- Registros superdotados*
- Evaluaciones Psicológica/Educativo*
- Requisitos del laboratorio de ciencias de La Escuela Secundaria*

- Todos los Componentes de Educación Especial*
- Ultima boleta de calificaciones*
- Plan de Educación Individualizado (IEP) reciente*
- Promedio de grados desde la última notas/calificaciones hasta la fecha de retirada.*
- 504 Plan de alojamiento*
- Registros disciplinarios*
- ENL componentes*

Otro: _____

Por favor, envíe información a:

____ Escuela Primaria Dunkirk #3
742 Lamphere Street
Dunkirk, NY 14048
Teléfono: (716) 366-9300, x 4340
Fax: (716) 366-0565
sfountain@q.dunkirkcsd.org

____ Escuela Primaria Dunkirk #5
117 Brigham Road
Dunkirk, NY 14048
Teléfono: (716) 366-9300, x 4500
Fax: (716) 366-9355
mkaminski@q.dunkirkcsd.org

____ Dunkirk Escuela Intermedia
525 Eagle St.
Dunkirk, NY 14048
Teléfono: (716) 366-9300, x. 3386
Fax: (716) 366-9357
mhelfeldt@q.dunkirkcsd.org

____ Escuela Primaria Dunkirk #4
752 Central Avenue
Dunkirk, NY 14048
Teléfono: (716) 366-9300, x 4400
Fax: (716) 366-0548

____ Escuela Primaria Dunkirk #7
348 Lake Shore Drive East
Dunkirk, NY 14048
Teléfono: (716) 366-9300, x 4700
Fax: (716) 366-9426
ktofil@q.dunkirkcsd.org

____ Escuela Secundaria JR/SR
Laurie Barberich
75 W 6th Street
Dunkirk, NY 14048
Teléfono: (716) 366-9300, x 2076
Fax: (716) 366-9411
lbarberich@q.dunkirkcd.org

____ Oficina Central de Registro
752 Central Ave, Dunkirk, NY 14048
Teléfono: (716) 366-9300
Fax: (716) 366-9395
Vanessa Escobar ext. x4401
vescobar@q.dunkirkcsd.org

____ Departamento de Educacion Especial
90 East Fourth St., Dunkirk, NY 14048
Teléfono: (716) 366-9300, x 2700
Fax: (716) 366-9362
Brooke Tilley ext. *2702
btilley@dunkirkcsd.org

De acuerdo con la Ley de Derechos de la Familia y Privacidad de 1974, por la presente doy permiso para solicitar una divulgación de registros para mi hijo/a de su escuela. Dicha solicitud de divulgación es para el propósito de la inscripción e incluirá los registros anteriores. Esta versión expirará un año después de la fecha de firma.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____



Historial de salud

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ edad _____

Grado _____ Género asignado al nacer _____

Nombre principal _____

Número de teléfono _____

En los últimos 12 meses, su hijo a tenido:

Marque todo lo que corresponda	SÍ	NO
A tenido una condición médica continua		
Acudió a un especialista médico		
Tuvo alergias		
Ha sido hospitalizado		
Tuvo una operación		
Tuvo una lesión que requirió una visita a la sala de emergencias		
Perdió 5 días seguidos de la escuela debido a una enfermedad / lesión		
Tuvo una lesión ósea/muscular		
Se desmayó, sufrió una conmoción cerebral o una lesión grave en la cabeza		
Tuvo convulsiones/ataques		
Tuvo un problema o condición de la vista		
Tuvo un problema o condición auditiva		
Usó un puente dental, aparatos ortopédicos o protector bucal		

Si se marcó alguna casilla/condición, describa la condición y/o el tratamiento:

¿Su hijo tiene alguna alergia?

Si el niño tiene una alergia, ¿a qué es alérgico? ¿Cuáles son los síntomas y el tratamiento de rutina?

Marque todo lo que corresponda	SÍ	NO
TDAH (Trastorno por déficit de atención)		
Asma/Dificultad para respirar		
Autismo/Asperger		
Lesiones dentales		
Diabetes		
Infecciones frecuentes del oído		
Condiciones Gi		
Dolores de cabeza/migrañas		
Condiciones cardíacas		
Presión arterial alta		
Escoliosis		
Un solo órgano (riñón, testículo, pulmón)		
Condición de la piel (eczema, psoriasis, etc.)		
Condición del habla		
Condición urinaria		

Si alguna casilla/condición se marcó **afirmativamente**, describa:

¿Su hijo tiene una afección de salud mental o un problema de comportamiento? Sí No

Por favor, explique la condición/inquietud:

¿Su hijo recibe consejería o terapia externa por cualquier condición o preocupación?

 Sí No

En caso afirmativo, proporcione información de contacto

Medicamentos actuales:

Haga una lista de cualquier equipo de asistencia que el estudiante pueda usar en casa o en la escuela.

Por favor, haga una lista de los tratamientos que el estudiante recibe dentro o fuera de la escuela.

¿Existe alguna condición que le impida a su hijo participar en educación física, deportes o parques infantiles? Sí No

Por favor, explique:

Doy permiso para que el médico de la escuela realice el examen de salud requerido (físico) si no proporciono evidencia del examen actual. Sí No

Doy permiso para que la información médica en esta página se comparta con el maestro y el personal relacionado si es necesario. Sí No

Firma Electrónica y Fecha del Padre, Madre y Tutor

Al escribir el nombre a continuación, está testificando que toda la información de esta página es precisa a su leal saber y entender.

Nombre _____

Date _____