



Distrito Escolar Consolidado Red Clay

FICHA DE INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Año Escolar: 2025-2026

Para uso exclusivo de la oficina

School:

ID:

Grade:

Hmrm:

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Primer nombre:		Grado 2025-2026:	
Segundo nombre:		Fecha de nacimiento:	
Apellido:		Apodo/nombre de preferencia:	
Generación:	<input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		Teléfono primario:	

DESIGNACIÓN RACIAL Y ÉTNICA

¿Es el alumno hispano o latino? (Escoger una respuesta) Las personas de Cuba, México, Puerto Rico, América del Sur o Central o de otra cultura u origen español, sin importar la raza, son consideradas hispanas o latinas. Sí No

Indicar a continuación la raza del alumno. Debe escoger por lo menos una raza, sin importar la designación étnica. Se puede escoger más de una respuesta.

Indio Americano o Nativo de Alaska
 Negro o Afroamericano
 Blanco
 Asiático
 Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico

DOMICILIO: Por favor indicar la dirección física (hogar) y postal si son diferentes.

Dirección física:		Dirección postal ¿Igual que la física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nº de Apto.:		Nº de Apto.:	
Domicilio:		Domicilio:	
Reparto:		Reparto:	
Ciudad, Estado/ Cód. postal:		Ciudad, Estado/Cód.	

INFORMACIÓN ESPECIAL SOBRE LA CUSTODIA Si el niño vive con una persona distinta a la madre o al padre que figuran en el certificado de nacimiento, por favor indicarlo:

Nombre:	
Relación:	
¿Se encuentran los documentos relativos a la custodia en los archivos de la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Ha sido el alumno expulsado?: Sí No

Tiene su hijo: (documentación exigida)

Un Plan de Educación Personalizada (IEP): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultades de aprendizaje: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Un Plan de Adaptación 504: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultades físicas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN SOBRE LA EDUCACIÓN PREVIA: Nombre y dirección de la anterior escuela, jardín de infantes o guardería previa

Nombre:			
Domicilio:			
Ciudad, Estado/Cód. postal:			
Teléfono:		Fax:	

INFORMACIÓN SOBRE HERMANOS DE EDAD ESCOLAR

Nombre:		Nombre:	
Escuela:	Grado:	Escuela:	Grado:
Nombre:		Nombre:	
Escuela:	Grado:	Escuela:	Grado:

Actualización de la Historia Clínica del Estudiante: Esta información será compartida con el personal y directivos en los casos en que sea necesario, y con el personal médico de emergencia en el caso de una emergencia, a menos que usted nos notifique lo contrario.

1. Por favor indique con una marca si su hijo/hija ha tenido alguno de los siguientes problemas. Indique fechas y otorgue información adicional en la sección destinada a comentarios.

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Hemorragia/Trastorno sanguíneo | <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Tatuajes/Piercing corporal | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Habla |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Huesos/Columna | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Riñón | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Conducta | <input type="checkbox"/> Intestinos/Vejiga | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Visión |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |

Comentarios: _____

() Sí () No 2. ¿Tiene su hijo/hija alergia a medicamentos, látex o picaduras de insectos?

¿A qué? _____ ¿Qué le sucede? _____
Tratamiento: _____

() Sí () No 3. Padece su hijo/hija una alergia alimentaria, intolerancia, preferencia religiosa?

¿A qué? _____ Tipo: Reacción alérgica Intolerancia Preferencia Religiosa
Tratamiento: _____ ¿Qué le sucede? _____

¿A qué? _____ Tipo: Reacción alérgica Intolerancia Preferencia Religiosa
Tratamiento: _____ ¿Qué le sucede? _____

Todos los estudiantes que padecen alergia a alimentos deben presentar un Plan de Acción para la Alergia Alimentaria completado por un profesional de la salud matriculado.

Por favor entregar el Plan de Acción para Emergencias y TODOS los medicamentos para emergencias a la Enfermera Escolar.

() Sí () No 4. ¿Necesitará su hijo/hija un menú personalizado libre de alérgenos diseñado por los Servicios de Nutrición?

Nota: Las comidas preparadas en el hogar son la opción más segura de alimentación

No. Yo me haré completamente responsable de proporcionarle a mi hijo/hija comidas para la escuela libres de alérgenos.

Sí. Entregaré a la enfermera escolar el Plan de Acción para la Alergia Alimentaria completado por un profesional de la salud matriculado.

() Sí () No 5. ¿Ha tenido su hijo/hija alguna enfermedad desde que terminaron las clases?

Tipo de enfermedad, con fecha(s): _____

() Sí () No 6. ¿Ha tenido su hijo/hija alguna cirugía desde que terminaron las clases?

Tipo de cirugía, con fecha(s): _____

() Sí () No 7. ¿Ha recibido su hijo/hija alguna vacuna desde que finalizaron las clases?

Indicar vacuna(s), con fecha(s): _____

() Sí () No 8. ¿Recibe su hijo algún tratamiento o está siendo evaluado por algún problema de salud?

Indique el/los problema(s): _____

() Sí () No 9. ¿Toma su hijo alguna medicación o recibe algún tipo de tratamiento?

Nombre de la medicación y/o tratamiento: _____

() Sí () No ¿Necesita su hijo tomar alguna medicación durante el horario escolar? ***Sí la respuesta es sí, por favor contáctese con la enfermera escolar***

() Sí () No 10. ¿Ha sido su hijo/hija examinado/a alguna vez por un oculista?

Fecha del último examen: _____ Gafas recetadas: () Sí () No

Si su hijo/hija usa lentes o lentes de contacto, ¿cuándo fue la receta cambiada por última vez? _____

() Sí () No 11. ¿Cuál es el nombre del dentista de su hijo/hija?

¿Cuál fue la fecha de su último examen odontológico?: _____

12. ¿Cuál es el nombre del médico de cabecera de su hijo/hija? _____

¿Cuál fue la fecha de su último examen físico: _____

() Sí () No 13. ¿Ha experimentado su hijo/hija recientemente algún acontecimiento de vida importante, tal como una mudanza, muerte, separación, divorcio, etc., desde el fin del último año escolar? ****Si la respuesta es sí, por favor comunicarse con la enfermera escolar o la consejera escolar.***

Para uso exclusivo de la oficina	Student:		ID:	
----------------------------------	-----------------	--	------------	--

Autorización para la Administración de Medicamentos de Venta Libre

Autorizo a que a mi hijo/hija se le administre lo siguiente, según lo determine la enfermera:

Acetaminofeno (Tylenol®) Sí No

Ibuprofeno (Advil®) Sí No

Tums® Sí No

Firma del padre/madre/tutor

Fecha:

INSEGURIDAD ALIMENTARIA: Red Clay tiene programas para apoyar a las familias que tienen acceso limitado a los alimentos. Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre el acceso a los alimentos para su familia.

Durante los últimos 12 meses, nos ha preocupado que se nos acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más.

___ Con frecuencia ___ A veces ___ Nunca

Durante los últimos 12 meses, los alimentos que comprábamos no nos duraban y no teníamos dinero para comprar más.

___ Con frecuencia ___ A veces ___ Nunca

FICHA PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA/ENFERMERÍA DE DELAWARE

Información médica

Médico: _____

Teléfono: _____

Dentista de la familia: _____

Teléfono: _____

Indicar todo diagnóstico médico serio del estudiante: _____

El estudiante es alérgico a: Medicamento: _____ Alimento: _____ Otro: _____

Seguro médico: N° de Medicaid: _____

Otro: N° de certificado: _____ N° de grupo: _____ Tipo: _____

El objetivo de este formulario es proporcionar a la escuela información para ser usada en la atención del estudiante si se enferma o lesiona en la escuela. Esta información puede ser compartida con el personal escolar y el personal médico de emergencia únicamente "en los casos en que sea necesario que la conozcan".

PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR LA ESCUELA EN CASO DE EMERGENCIA

Las escuelas han adoptado el siguiente procedimiento que será seguido normalmente para atender a su hijo/hija cuando requiera asistencia de emergencia en la escuela ya sea por un problema médico o de salud mental. En emergencias extremas la escuela buscará atención médica inmediata.

En caso de emergencia y/o si es necesario que el/la estudiante reciba atención médica u hospitalaria:

1. La escuela llamará a la casa del estudiante. Si nadie responde,
2. La escuela llamará al lugar de empleo del padre, madre o tutor 1 o 2. Si nadie responde,
3. La escuela llamará a los otros números de teléfono indicados y al médico.
4. Si ninguno de los contactos anteriores responde, la escuela pedirá una ambulancia, si fuese necesario, para transportar al niño a un centro médico local.
5. En base a lo que opine el médico que lo atienda, el niño podrá ser internado en un centro médico local.
6. La escuela continuará llamando a los padres, tutores y al médico hasta ponerse en contacto con alguno de ellos.
7. La información contenida en este formulario puede ser compartida con el personal médico de emergencia.

Si no me pueden localizar y las autoridades escolares han seguido el procedimiento descrito, estoy de acuerdo en asumir todos los gastos relacionados con el transporte y el tratamiento médico de este/esta estudiante. También presto mi consentimiento por este medio para cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento de diagnóstico o administración de anestesia que pueda ser llevado a cabo en base a la opinión médica del doctor que lo atienda.

Firma del padre/madre/tutor:

Fecha:

Para uso exclusivo de la oficina

Student:

ID:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Primer nombre:		Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Tutor nombrado por la corte <input type="checkbox"/> Otro (por favor indicar):
Segundo nombre:		
Apellido:		
Generación:	<input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	Vive con: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio:		Tel. de casa:
Nº de Apto:		Tel. celular:
Reparto:		Tel. laboral:
Ciudad, Estado/ Cód. postal:		Fecha de nacimiento:
Nivel de educación: Diploma de secundaria/GED o superior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Empleador:
E-Mail:		
Primer nombre:		Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Tutor nombrado por la corte <input type="checkbox"/> Otro (por favor indicar):
Segundo nombre:		
Apellido:		
Generación:	<input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	Vive con: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio:		Tel. de casa:
Nº de Apto.:		Tel. celular:
Reparto:		Tel. laboral:
Ciudad, Estado/ Cód. postal:		Fecha de nacimiento:
Nivel de educación: Diploma de secundaria/GED o superior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Empleador:
E-Mail:		
Primer nombre:		Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Tutor nombrado por la corte <input type="checkbox"/> Otro (por favor indicar):
Segundo nombre:		
Apellido:		
Generación:	<input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	Vive con: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio:		Tel. de casa:
Nº de Apto.:		Tel. celular:
Reparto:		Tel. laboral:
Ciudad, Estado/ Cód. postal:		Fecha de nacimiento:
Nivel de educación: Diploma de secundaria/GED o superior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Empleador:
E-Mail:		

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA: La persona debe tener 18 o más años de edad.

Importante: En caso de emergencia se contactará a las personas aquí indicadas, si no se puede localizar al padre/tutor.

Nombre:	Nombre:
Apellido:	Apellido:
Relación:	Relación:
Teléfono de casa:	Teléfono de casa:
Teléfono celular:	Teléfono celular:
Teléfono laboral:	Teléfono laboral: