Escuela:			Estudiante:	
Género:	Grado:	Aula:	Fecha de Registro:	Registración Aceptada Por:

COLONIAL School District

Tarjeta de Registro Del Estudiante

Sólo Para Uso Oficial:		Guardián/Custodia legal verificada:	
# de Identificación:		En la base de datos del estudiante:	
Cert. Nacimiento:		Registros solicitados:	
Vacunas:		Calificaciones recibidas:	

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Grado:		¿Ha estado este estudiante alguna vez registrado en una escuela Pública o Chárter de Delaware? ☐ Sí ☐ No		
Primer Nombre:		Género:	☐ Masculino ☐ Femenino	
Segundo Nombre:		Nacimiento:		
Apellido:		Teléfono de Casa:		¿No Publicado?: ☐ Yes ☐ No
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V			

DESIGNACION de RAZA y ETNICIDAD

¿Es este estudiante Hispano o Latino? (Selecciones una respuesta.) Personas de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sur o Centro Americano, o de otra cultura y origen Hispano, sin importar la raza, son considerados Hispanos o Latinos. ☐ Sí ☐ No

Indique abajo la raza de este estudiante. Debe seleccionar por lo menos una raza, sin importar la designación étnica. Más de una respuesta puede ser seleccionada.

☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái o una Isla Pacífica

DIRECCION: Por favor indique la dirección física (de casa) y de correo si son diferentes.

Dirección Física		Dirección de Correo ¿Igual a la física? ☐ Sí ☐ No	
Apto. #:		# de Apto:	
Dirección:		Dirección:	
Urbanización:		Urbanización:	
Ciudad, Estado, Código Postal:		Ciudad, Estado, Código Postal:	

INFORMACION DE CONTACTO DEL PADRE/GUARDIAN

Primer Nombre:		Relación: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Guardián Designado por la Corte ☐ Otro (por favor liste):		
Segundo Nombre:				
Apellido:				
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	Vive con el niño:	☐ Yes ☐ No	
Apto. #:		Teléfono Celular:		
Dirección:		Teléfono de Casa:		¿Publicado? ☐ Sí ☐ No
Urbanización:		Teléfono del Trabajo:		
Ciudad:		Nacimiento:		
Estado/Código Postal:		Empleador:		

Por favor suministre una dirección de correo electrónico; separando cada letra en las siguientes casillas:

Primer Nombre:		Relación: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Guardián Designado por la Corte ☐ Otro (por favor liste):		
Segundo Nombre:				
Apellido:				
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	Vive con el niño:	☐ Yes ☐ No	
Apto. #:		Teléfono Celular:		
Dirección:		Teléfono de Casa:		¿Publicado? ☐ Sí ☐ No
Urbanización:		Teléfono del Trabajo:		
Ciudad:		Nacimiento:		
Estado/Código Postal:		Empleador:		

Por favor suministre una dirección de correo electrónico; separando cada letra en las siguientes casillas:

INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: Debe tener 18 años de edad o mayor.

Importante
En evento de una emergencia, las personas listadas aquí serán contactadas si el padre/guardián **no** puede ser encontrado.

Primer Nombre:		Primer Nombre:	
Apellido:		Apellido:	
Relación:		Relación:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:		Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono Celular:		Teléfono Celular:	
Teléfono de Casa:		Teléfono de Casa:	
Teléfono del Trabajo:		Teléfono del Trabajo:	

Estudiante:	

Actualización del Historial de Salud del Estudiante: **Esta información se compartirá con el personal, la administración y el personal de emergencias médicas, cuando sea estrictamente necesario en caso de 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.

☐ ADD/ADHD	☐ Hemorragia/Trastorno sanguíneo	☐ Conmoción cerebral	☐ Corazón	☐ Convulsiones*
☐ Alergias	☐ Tatuajes/Piercing corporal	☐ Diabetes	☐ Infecciones	☐ Habla
☐ Asma*	☐ Huesos/Columna	☐ Emocional	☐ Riñón	☐ Cirugía
☐ Conducta	☐ Intestinos/Vejiga	☐ Audición	☐ Discapacidad física	☐ Visión

☐ Otro: _____

Comentarios: _____

***Si su hijo tiene asma o convulsiones, debe proporcionarle a la enfermera de la escuela (al comienzo de cada año escolar) un Plan de acción de emergencia completado por un proveedor de atención médica autorizado, junto con TODOS los medicamentos de emergencia.**

( ) 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?**

¿A qué? _____ ¿Qué le sucede? _____

Tratamiento: _____

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.

( ) 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): 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? ***Si la respuesta es sí, por favor contáctese con la enfermera escolar para hacer los arreglos correspondientes.***

( ) 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.***

Firma del Padre / Tutor: _____ **Fecha:** _____

Estudiante:	

Autorización para la Administración de Medicamentos de Venta Libre

Doy permiso para que mi hijo reciba los siguientes medicamentos de venta libre según lo determine la enfermera. Los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los de marca. *(Marque todos los que correspondan):*

☐ Acetaminophen (Tylenol®)
☐ Anbesol®
☐ Bacitracin / Ungüento antibiótico
☐ Benadryl®
☐ Caladryl®
☐ Pastillas para la Tos (>5 años)
☐ Ibuprofen (Advil®)
☐ Petroleum Jelly/Vaseline® (topical use)
☐ Sting Kill (insect sting relief)
☐ Tums® (>12 años)

Firma del Padre / Tutor: _____ **Fecha:** _____

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: Nº de Medicaid: _____

Otro: Nº de certificado: _____ Nº 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 / Tutor: _____ **Fecha:** _____

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

En los últimos 12 meses, nos preocupaba que se nos acabara la comida antes de conseguir dinero para comprar más.		Frecuentemente		Algunas Veces		Nunca
En los últimos 12 meses, la comida que compramos no nos duró y no tuvimos dinero para conseguir más.		Frecuentemente		Algunas Veces		Nunca

Estudiante:	

INFORMACION ESPECIAL DE CUSTODIA: Si el niño vive con alguien que no sea su madre o padre natural, por favor indique:		**INFORMACION ADICIONAL**	
Nombre:		¿Ha sido el estudiante expulsado?	☐ Sí ☐ No
Relación:		¿Ha estado en un programa para Superdotados?	☐ Sí ☐ No
¿Existen Documentos de Custodia para este Estudiante? ☐ Sí ☐ No		**Tiene su niño (documentación requerida):**	
Si así es, por favor presente una copia de los papeles para el archivo.		Un PEI (Plan de Educación Individualizada)	☐ Sí ☐ No
		Un Plan de Acomodaciones 504	☐ Sí ☐ No

HISTORIAL DE EDUCACION: Por favor liste la experiencia más reciente de su niño (incluyendo preescolar, si es aplicable).	
Nombre de la persona o programa:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
☐ Casa/Niñera ☐ Guardería ☐ Programa de Educación Temprana	
¿Recibió su niño alguno de los siguientes servicios en la escuela anterior? ☐ Educación Especial ☐ Título I ☐ Inglés como 2º Idioma ☐ Otro:	

INFORMACION DE EDAD DE LOS HERMANOS										
Nombre:					Nombre:					
Edad:		Grado:		Género: ☐ Masc. ☐ Fem.	Edad:		Grade:		Género: ☐ Masc. ☐ Fem.	
Escuela:					Escuela:					
Nombre:					Nombre:					
Edad:		Grado:		Género: ☐ Masc. ☐ Fem.	Edad:		Grade:		Género: ☐ Masc. ☐ Fem.	
Escuela:					Escuela:					

ARREGLOS PARA LA GUARDERIA	
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono:	

INFORMACION DE TRANPORTE:			
	Por favor marque la casilla que aplique para su niño.		**Comentarios**: Si la parada del autobús escolar es diferente de la dirección de su casa, por favor liste la dirección en esta columna.
A la Escuela	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la **casa**		
	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la **guardería**		
	Mi hijo caminará a la escuela cada día		
	Mi hijo será conducido a la escuela cada día		
De la Escuela	Mi hijo tomará el autobús desde la escuela a la **casa**		
	Mi hijo tomará el autobús a la **guardería** después de la escuela		
	Mi hijo caminará a la casa después de la escuela cada día		
	Mi hijo será recogido de la escuela cada día		

Yo certifico que soy un residente actual del Estado de Delaware y que todas las declaraciones en esta aplicación hechas por mí son verdaderas, completas y correctas según mi conocimiento y creencia, y que son hechas en buena fe. Yo entiendo y reconozco que cualquier declaración falsa u omisión de hechos materiales en el formulario de aplicación puede resultar en el rechazo del formulario de aplicación, descalificación del proceso de lotería si es aplicable, retiro u oferta de invitación, y/o terminación de la opción escolar por la agencia de educación local receptora a la cual yo apliqué.

Firma del Padre/Guardián/Pariente a Cargo **Fecha**

Información Sobre Cómo el Distrito Escolar Colonial Comparte la Información del Estudiante

El Distrito Escolar Colonial reconoce la necesidad de proteger la información y privacidad del estudiante mientras promueve actividades educacionales y extra-curriculares en medios del distrito y externos. La Lay Federal (FERPA) le permite al distrito liberar información bajo circunstancias limitadas. La información del directorio es información sobre un estudiante que generalmente no es considerada invasión de la privacidad, como el nombre, dirección, fotografías, actividades y deportes. Si usted desea que el distrito no libere esta información o incluya a su niño en artículos y fotos, por favor obtenga un formulario de consentimiento en la oficina de la escuela de su niño.