Helena School District - Formulario de inscripción K-12

For office use only	Date received:
	Time received:

Información del Estudiante

Apellido (Legal):

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

Género ☐ Masculino ☐ Femenino

Grado:

Fecha de Nacimiento (mes / día / año):

Lugar de Nacimiento:

Con quién reside el estudiante:

Dirección de la casa:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Origen étnico:
Hispano/ Latino: ☐ **Sí** ☐ **No**
Raza (Marque todo lo que corresponda)
☐ Indígena / Nativo de Alaska
☐ Negro / Afroamericano
☐ Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico
☐ Asiático
☐ Blanco
☐ Otro: _____

¿Es este un arreglo de vivienda temporal? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Es este estudiante en acogimiento (foster care)? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Tiene un padre en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. (Army, Navy, Air Force, Marines or Coast Guard)? ☐ **Sí** ☐ **No** ¿Guardia Nacional Activa? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Fuerza de Reserva en Servicio Activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? ☐ **Sí** ☐ **No** ¿En transición de Servicio Activo a la Guardia Nacional/Reserva? ☐ **Sí** ☐ **No**

Información de los Padres (requerido para los expedientes)

Información del Padre (Favor de marcar todo lo que corresponda)						**Información de la Madre** (Favor de marcar todo lo que corresponda)					
Primer Nombre:			Custodia ☐		Recogida de la escuela ☐	Primer Nombre:			Custodia ☐		Recogida de la escuela ☐
Apellido(s):			Vive con él ☐		Recibe correo☐	Apellido(s):			Vive con ella ☐		Recibe correo☐
Empleador:	Indique si se puede enviar SMS al número					Empleador:	Indique si se puede enviar SMS al número				
	Día	Casa	Móvil	SMS	Trabajo		Día	Casa	Móvil	SMS	Trabajo
Número preferido:	☐	☐	☐	☐	☐	Número preferido:	☐	☐	☐	☐	☐
Número alternativo:	☐	☐	☐	☐	☐	Número alternativo:	☐	☐	☐	☐	☐
Número alternativo:	☐	☐	☐	☐	☐	Número alternativo:	☐	☐	☐	☐	☐
Dirección de correo electrónico principal:						Dirección de correo electrónico principal:					
Dirección de correo electrónico alternativo:						Dirección de correo electrónico alternativo:					
Dirección de la casa:						Dirección de la casa:					
Ciudad, Estado, Código Postal, País:						Ciudad, Estado, Código Postal, País:					
Dirección postal (si es diferente):						Dirección postal (si es diferente):					
Ciudad, Estado, Código Postal (si es diferente):						Ciudad, Estado, Código Postal (si es diferente):					

nformación de otro padre/tutor

Relación al estudiante:						Relación al estudiante:					
Primer Nombre:			Custodia ☐		Recogida de la escuela ☐	Primer Nombre:			Custodia ☐		Recogida de la escuela ☐
Apellido(s):			Vive con él / ella ☐		Recibe correo☐	Apellido(s):			Vive con él / ella ☐		Recibe correo☐
	Día	Casa	Móvil	SMS	Trabajo		Día	Casa	Móvil	SMS	Trabajo
Número preferido:	☐	☐	☐	☐	☐	Número preferido:	☐	☐	☐	☐	☐
Número alternativo:	☐	☐	☐	☐	☐	Número alternativo:	☐	☐	☐	☐	☐
Número alternativo:	☐	☐	☐	☐	☐	Número alternativo:	☐	☐	☐	☐	☐
Dirección de correo electrónico principal:						Dirección de correo electrónico principal:					
Dirección de correo electrónico alternativo:						Dirección de correo electrónico alternativo:					
Dirección de la casa:						Dirección de la casa:					
Ciudad, Estado, Código Postal:						Ciudad, Estado, Código Postal:					
Dirección postal (si es diferente):						Dirección postal (si es diferente):					
Ciudad, Estado, Código Postal (si es diferente):						Ciudad, Estado, Código Postal (si es diferente):					

En caso de emergencia

Contacto de Emergencia #1					Contacto de Emergencia #2				
Relación al estudiante:					Relación al estudiante:				
¿Recogida de la escuela? ☐ **Sí**	Día	Casa	Móvil	Trabajo	¿Recogida de la escuela? ☐ **Sí**	Día	Casa	Móvil	Trabajo
Número de teléfono:	☐	☐	☐	☐	Número de teléfono:	☐	☐	☐	☐

Hermanos

Nombre del hermano (apellido, primer nombre)	Escuela a la que asisten	Grado

Última escuela a la que asistió **Incluir preescolar si se inscribe en el kínder**	Nombre de la escuela o prescolar:	Número de teléfono:
	Dirección:	Número de fax:
	Ciudad, Estado, Código Postal, País:	Fechas de asistencia:
	¿Alguna vez el estudiante ha sido expulsado o considerado para la expulsión? ☐ **Sí** ☐ **No**	
	¿El estudiante ha asistido previamente al Distrito Escolar de Helena? ☐ **Sí** ☐ **No**	

	Educación especial	**Nunca** ha recibido este servicio	**Actualmente** está recibiendo este servicio	**Ya no** recibe este servicio	**Solo para uso oficial**
Servicios sociales	Servicios de habla y lenguaje (educación especial)	☐	☐	☐	
	Un plan de la Sección 504	☐	☐	☐	
	IEP (programa educativo individualizado)	☐	☐	☐	
	Dotado y talentoso	☐	☐	☐	

Aprendiz del Idioma Inglés (ELL)	**Idioma principal del estudiante**	☐ Inglés	☐ Otro: _____
	¿Qué idioma aprendió el estudiante cuando comenzó a hablar?	☐ Inglés	☐ Otro: _____
	¿Qué idioma habla la familia en casa?	☐ Inglés	☐ Otro: _____
	¿Qué idioma habla el padre/tutor con el estudiante?	☐ Inglés	☐ Otro: _____
	¿Qué idioma habla el estudiante con el padre/tutor?	☐ Inglés	☐ Otro: _____

Transporte escolar	¿Cómo llegará el estudiante **a la escuela**?	¿Cómo llegará el estudiante **a casa de la escuela**?

Firmar	*Afirmo que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.*		
	Firma del padre / tutor legal	Fecha	Escriba su nombre

			Form given to Parent / Guardian	Received	Notes
SOLO PARA USO OFICIAL	Required for registration (show translation to parent in list)	Copy of Birth Certificate / *Copia del acta de nacimiento*		☐	
		Medical History Form / *Formulario de historia medical*	☐	☐	
		Verification of Residence / *Comprobante de residencia*		☐	
		Copy of immunizations / *Copia de vacunas*		☐	
		Completed Registration Form / *Formulario de inscripción completada*	☐	☐	
	If Applicable	506 Form	☐	☐	
		F/R Lunch Form	☐	☐	
		Boundary Exception Form	☐	☐	
		Guardianship Paperwork	☐	☐	
	Entered into PowerSchool				
		Initials	Date	School	

English

Home Language Survey

Helena Public Schools

HOME LANGUAGE SURVEY

Student Name: _____ Birth Date:_____Sex: ❑ Male ❑ Female

Parent or Guardian Name: _____

Address: _____

Home Telephone: _____ Work Telephone:_____

School: _____ Grade:_____Date: _____

Federal and state laws require the following information be collected about the primary and home language of every student upon enrollment in the school district. Please complete a survey for each child you are enrolling in the school district.

1. What language did your child learn when he/she first began to talk? _____

2. What language does your child most frequently speak at home? _____

3. What language is spoken by you and your family most of the time at home? _____

4. Is there a tribal or heritage language spoken by you or your family within the past few generations? ❑ Yes ❑ No

   If yes, what language or languages? _____

If a language other than English is indicated for any of the above questions, the school district will test your child's English language proficiency to determine eligibility for initial and continuing placement in an English language development program. You will be notified about the results of this testing.

5. If available, in what language would you prefer to receive information from the school? _____

_____ _____

Parent or Guardian's Signature Date

OFFICE USE ONLY			
Student ID #	Date Distributed	Date Received	

© 2023 TransACT Communications, LLC.

Chinese

Home Language Survey

Helena Public Schools

家庭語言問卷調查

學生姓名：_____ 出生日期：_____性別： ❑ 男 ❑ 女

家長或監護人姓名：_____

地址：_____

住宅電話：_____ 辦公電話：_____

學校：_____ 年級：_____日期：_____

聯邦及州法律規定，每位學生於學區內註冊時，必須提供以下有關主要及家庭語言的資訊。請爲您每一位將於學區內註冊的子女填寫這份問卷調查表。

1. 您的子女最初學話時學講哪種語言？ _____

2. 您的子女在家裡最常講哪種語言？ _____

3. 您和您的家人在家中最常講哪種語言？ _____

4. 您或過去幾代家人是否講部落或傳承語言？ ❑ 是 ❑ 否

   如果選擇「是」，請問你們講哪些語言？ _____

如果針對上述任何問題的回答包含英語以外的語言，學區將會測試您子女的英語語言能力，以進行其在英語語言發展課程 (English Language Development Program) 中初始和後續的分班資格認定。我們將會通知您此項測試的結果。

5. 如果提供通知，您希望收到哪種語言版本的學校通訊？ _____

_____ _____

家長或監護人簽名 日期

OFFICE USE ONLY			
Student ID #	Date Distributed	Date Received	

© 2023 TransACT Communications, LLC.

German

Home Language Survey

Helena Public Schools

FRAGEBOGEN ZUR FAMILIENSPRACHE

Name des Schülers: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ❑ Männlich ❑ Weiblich

Name des Elternteils oder Vormunds: _____

Adresse: _____

Private Telefonnummer: _____ Dienstliche Telefonnummer: _____

Schule: _____ Klasse: _____ Datum: _____

Bundes- und Landesgesetze schreiben vor, dass die folgenden Informationen über die Haupt- und Familiensprache jedes Schülers bei der Einschreibung in den Schulbezirk erfasst werden. Bitte füllen Sie für jedes Kind, das Sie im Schulbezirk anmelden, einen Fragebogen aus.

1. Welche Sprache hat Ihr Kind gelernt, als es zu sprechen begann? _____

2. Welche Sprache spricht Ihr Kind zu Hause am häufigsten? _____

3. Welche Sprache wird von Ihnen und Ihrer Familie zu Hause am häufigsten gesprochen? _____

4. Gibt es eine Stammes- oder Traditionssprache, die von Ihnen oder Ihrer Familie seit einigen Generationen gesprochen wird? ❑ Ja ❑ Nein

   Wenn ja, welche Sprache oder Sprachen? _____

Wenn bei einer der obigen Fragen eine andere Sprache als Englisch angegeben wird, testet der Schulbezirk die Englischkenntnisse Ihres Kindes, um festzustellen, ob es für die erstmalige oder fortgesetzte Teilnahme an einem englischen Sprachförderprogramm in Frage kommt (English language development program). Sie werden über die Ergebnisse dieser Prüfung informiert.

5. Wenn vorhanden, in welcher Sprache würden Sie es vorziehen, Informationen von der Schule zu erhalten? _____

_____ Unterschrift des Elternteils oder Vormunds

_____ Datum

OFFICE USE ONLY			
Student ID #	Date Distributed	Date Received	

© 2023 TransACT Communications, LLC.

Russian

Home Language Survey

Helena Public Schools

АНКЕТА ОБ ОБИХОДНОМ ЯЗЫКЕ

Имя учащегося: _____ Дата рождения: _____ Пол: ❑ мужской ❑ женский

Имя родителя/опекуна: _____

Адрес: _____

Домашний телефон: _____ Рабочий телефон: _____

Школа: _____ Класс: _____ Дата: _____

Согласно федеральным законам и законам штата, после зачисления учащегося в школьный округ должна быть получена приведенная ниже информация о его основном и обиходном языках. Пожалуйста, заполните анкету для каждого ребенка, который зачисляется в школьный округ.

1. На каком языке ваш ребенок начал говорить? _____

2. На каком языке чаще всего ваш ребенок разговаривает дома? _____

3. На каком языке чаще всего вы и ваша семья разговариваете дома? _____

4. Разговаривали ли вы или члены вашей семьи на племенном либо унаследованном языке в течение последних нескольких поколений? ❑ Да ❑ Нет

   Если да, на каком (-их) именно языке (-ах)? _____

Если при ответе на какой-либо из вышеперечисленных вопросов был указан любой другой язык, кроме английского, школьный округ проверит уровень знания английского языка вашего ребенка, чтобы определить возможность первоначального зачисления или продолжения участия в Программе развития английского языка (English language development program). Вам сообщат о результатах данного тестирования.

5. На каком языке вы предпочли бы получать информацию из школы (если возможно будет удовлетворить вашу просьбу)? _____

_____ _____

Подпись родителя/опекуна Дата

OFFICE USE ONLY			
Student ID #	Date Distributed	Date Received	

© 2023 TransACT Communications, LLC.

Spanish

Home Language Survey

Helena Public Schools

ENCUESTA DE LENGUA MATERNA

Nombre del/de la alumno(a): _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino

Nombre del padre/madre o tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Las leyes federales y estatales exigen que se recopile la siguiente información sobre la lengua principal y materna de cada alumno que se inscriba en el distrito escolar. Complete una encuesta por cada alumno que se inscriba en el distrito escolar.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo(a) cuando recién comenzó a hablar? _____

2. ¿Qué idioma habla en casa su hijo(a) con más frecuencia? _____

3. ¿Qué idioma habla usted y su familia con más frecuencia en el hogar? _____

4. ¿Existe alguna lengua indígena o heredada que usted o su familia hayan hablado durante las últimas generaciones? ❑ Sí ❑ No

   En caso afirmativo, ¿qué lengua(s)? _____

Si se indica un idioma que no sea el inglés en cualquiera de las preguntas anteriores, el distrito escolar evaluará la aptitud que tenga su hijo de inglés para así determinar su elegibilidad para una colocación inicial y permanencia en un programa para el aprendizaje progresivo de inglés (English language development program). Le informaremos sobre los resultados de estas evaluaciones.

5. Si ello fuera posible, ¿en qué idioma le gustaría recibir la información de la escuela? _____

_____ Firma del padre/madre o tutor

_____ Fecha

OFFICE USE ONLY			
Student ID #	Date Distributed	Date Received	

© 2023 TransACT Communications, LLC.

Swahili

Home Language Survey

Helena Public Schools

UTAFITI WA LUGHA YA NYUMBANI

Jina la Mwanafunzi: _____ Tarehe ya Kuzaliwa: _____ Jinsia: ❑ Kiume ❑ Kike

Jina la Mzazi au Mlezi: _____

Anwani: _____

Simu ya Nyumbani: _____ Simu ya Kazini: _____

Shule: _____ Darasa: _____ Tarehe: _____

Sheria za nchi na serikali zinahitaji taarifa zifuatazo kukusanywa kuhusu lugha ya msingi na ya nyumbani ya kila mwanafunzi anapojiandikisha katika wilaya ya shule. Tafadhali shiriki katika utafiti kwa kila mtoto unayeandikisha katika wilaya ya shule.

1. Mtoto wako alijifunza lugha gani alipoanza kuzungumza kwa mara ya kwanza? _____

2. Ni lugha gani ambayo mtoto wako huzungumza mara nyingi nyumbani? _____

3. Ni lugha gani inazungumzwa na wewe na familia yako mara nyingi nyumbani? _____

4. Je, kuna lugha ya kikabila au ya urithi inayozungumzwa na wewe au familia yako katika vizazi vichache vilivyopita? ❑ Ndiyo ❑ Hapana

   Ikiwa umejibu ndiyo, ni lugha gani? _____

Ikiwa lugha nyingine kando na Kiingereza imeonyeshwa katika swali lolote kati ya yaliyo hapo juu, wilaya ya shule itatathmini umilisi wa mtoto wako wa lugha ya Kiingereza ili kubaini ustahiki wa usajili wa mara ya kwanza na kuendelea katika mpango wa ukuzaji wa lugha ya Kiingereza (English language development program). Utaarifiwa kuhusu matokeo ya jaribio hili.

5. Ikiwa ipo, ungependa kupokea taarifa kutoka shuleni kwa lugha gani? _____

_____ _____

Sahihi ya Mzazi au Mlezi Tarehe

OFFICE USE ONLY			
Student ID #	Date Distributed	Date Received	

© 2023 TransACT Communications, LLC.

English

Student Residency Questionnaire

Student Residency Questionnaire (Required by Federal and State Law)

Name of Student: _____ Date of Birth: _____
(mm/dd/yyyy)

Person completing form:

- ☐ Parent or guardian
- ☐ Youth
- ☐ Unaccompanied youth (a youth that does not live with a parent or guardian)
- ☐ Other: _____

Name: _____

Email: _____ Phone: _____

Please answer these questions about the student's residency. The information you provide is confidential and protected by the law called the Federal Education Rights and Privacy Act. We use this information to decide which schools students should attend. We also use this information to make sure the rights of a child, youth or an unaccompanied youth are met based on a law called the McKinney-Vento Homeless Assistance Act.

1. Is the student's address a temporary living arrangement? ☐ Yes ☐ No
2. Is the student's living arrangement due to loss of housing or financial hardship? ☐ Yes ☐ No

If the answer to any of the above is YES, please complete the following: Where is the student identified above currently living? (Please check one)

- ☐ In a motel or hotel due to loss of housing or financial hardship
- ☐ In an emergency shelter, transitional housing facility, or abandoned in a hospital
- ☐ Sharing another family's house or apartment
- ☐ In a car, park, trailer park (this does not refer to a mobile home (trailer) park, this refers to a type of camping ground for fifth wheel camper trailers or other types of movable campers), camping ground, street, public space, substandard housing (housing that does not meet modern standards of living), or abandoned building
- ☐ In a bus or train station
- ☐ Moving from place to place (couch surfing)
- ☐ In a public or private place not meant to be used as a regular place for people to sleep
- ☐ Other: _____

Last school the student attended:

School: _____ District: _____

City: _____ State: _____

Name of Parent, Guardian or education decision maker:

Name _____ Signature: _____
Name _____ Signature: _____
Address: _____
City: _____
Home Phone: _____ Work Phone: _____
Cell Phone: _____ Email: _____

OR

Student (if an unaccompanied youth that is homeless):

Name _____ Signature: _____
Address: _____
Email: _____ Phone: _____

If a child, youth or unaccompanied youth is NOT living in permanent housing, proof of residency and other documents (health, school records, etc.) normally needed for enrollment are NOT required. The child, youth or unaccompanied youth must be enrolled immediately in his or her school of origin, the school where other children attend that is in the area where the student is currently living, or another school that the student may attend based on what is best for the student.

OFFICE USE ONLY			
Date Completed:	Eligible: ☐ Yes ☐ No	District Representative:	Comments:

© 2017 TransACT Communications, LLC.

Spanish

Student Residency Questionnaire

Cuestionario sobre la residencia de los alumnos (Obligatorio según la ley federal y estatal)

Nombre del/la alumno(a): _____ Fecha de nacimiento: _____
(mm/dd/aaaa)

Persona que completa el formulario:

☐ Padre/madre o tutor ☐ Joven sin compañía (alguien que no vive con su madre/padre/tutor)
☐ Joven ☐ Otro: _____

Nombre: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Responda estas preguntas sobre la residencia del/la alumno(a). La información que usted brinde es confidencial y está protegida por la Ley Federal de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (Family Educational Rights and Privacy Act). Utilizamos esta información para decidir a qué escuelas deberían asistir los alumnos. También utilizamos esta información para garantizar que se cumplan los derechos de un/una niño(a), joven o joven sin compañía de conformidad con la Ley McKinney-Vento de Asistencia a Personas Sin Hogar (McKinney-Vento Homeless Assistance Act).

1. ¿La dirección particular del/la alumno(a) corresponde a una vivienda temporal? ☐ Sí ☐ No
2. ¿El/la alumno(a) reside en esta vivienda debido a la pérdida de su hogar o a dificultades económicas? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es SÍ, complete lo siguiente:

¿Dónde vive actualmente el/la alumno(a) antes identificado(a)? (Marque una opción).

☐ En un motel u hotel debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas
☐ En un albergue de emergencia, centro de acogida de transición o se encuentra abandonado en un hospital
☐ Comparte la casa departamento de otra familia
☐ En un automóvil, un estacionamiento, un estacionamiento de casas remolque (esto no hace referencia al estacionamiento de casas móviles (remolques), sino que se refiere a un tipo de campamento para remolques de cinco ruedas u otros tipos de casas móviles), un campamento, la calle, un espacio público, una vivienda por debajo del estándar (que no cumple con los estándares de vida modernos) o en un edificio abandonado
☐ En una estación de autobús o de tren
☐ Se traslada de un lugar a otro (se vale de la hospitalidad de conocidos)
☐ En un espacio público o privado que no está equipado como lugar regular en el que se pueda dormir
☐ Otro: _____

Última escuela a la que asistió el/la alumno(a):

Escuela: _____ Distrito: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Nombre del padre/madre, tutor o persona responsable de la decisión educativa:

Nombre _____ Firma: _____
Nombre _____ Firma: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____
Teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

O

Alumno(a) (si se trata de un/una joven sin compañía ni hogar):

Nombre _____ Firma: _____
Dirección: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Si un/una niño(a), joven o joven sin compañía NO vive en una residencia permanente, NO se requieren pruebas de residencia ni otros documentos que normalmente se solicitan para la inscripción (información de salud, registros escolares, etc.). El/la niño(a), joven o joven sin compañía debe inscribirse de inmediato en su escuela de origen, la escuela a la que otros alumnos asisten y que se encuentra en el área en la que vive actualmente, u otra escuela a la que pueda asistir según lo que sea de su conveniencia.

OFFICE USE ONLY			
Date Completed:	Eligible: ☐ Yes ☐ No	District Representative:	Comments:

© 2017 TransACT Communications, LLC.

Historial de salud

Año Escolar

Nombre		Fecha de Nacimiento *(mes/día/año)*
Género	Escuela	Grado / Maestro
Médico		Dentista

El distrito escolar considera que se trata de información personal y confidencial que será tratada de manera discreta. El formulario puede ser revisado por la enfermera de la escuela, el maestro del aula, el administrador del edificio y otros educadores según sea necesario.

INDIQUE SI EL ESTUDIANTE HA SIDO DIAGNOSTICADO POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CON LICENCIA CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES:

Estado de salud	**Sí**	**No**	Explicación en caso afirmativo
Alergias Picaduras de abeja Alergias alimentarias Otros	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	**¿Requiere a su hijo/a un EpiPen? Sí ☐ No ☐** **Comidas: ¿EpiPen? Sí☐ No ☐** **Otras alergias: ¿EpiPen? Sí☐ No☐**
TDA / TDAH	☐	☐	Medicamento:
Asma	☐	☐	Medicamentos que se toman en casa: Medicamentos necesarios en la escuela
Trastorno del espectro autista	☐	☐	Describe: Verbal ☐ No verbal ☐ Medicamentos:
Problemas intestinales/vesicales	☐	☐	Describe:
Diabetes	☐	☐	Tipo 1 (insulinodependiente) ☐ Tipo 2☐ Medicamentos para la diabetes:
Pérdida de audición	☐	☐	Oreja derecha ☐ Oreja izquierda ☐ Audífonos ☐
Afección cardíaca	☐	☐	Describe:
Salud Mental/ Emocional/Conductual	☐	☐	Describe: medicación/Tratamiento:
Trastorno convulsivo	☐	☐	Tipo de convulsión: Medicamentos:
Lesiones graves	☐	☐	Describe: Fecha:
Cirugía	☐	☐	Describe: Fecha:
Visión	☐	☐	Gafas ☐ Contactos ☐ Para la distancia☐ Para leer ☐

Ver Atrás

Otro			Describe:
Enumere los medicamentos que toma en casa si aún no están en la lista: Medicamento			Dosis ¿Con qué frecuencia? Razón

Medicamentos

El Distrito Escolar de Helena requiere el permiso por escrito de un proveedor de atención médica y de los padres/tutores antes de que se puedan administrar medicamentos recetados o de venta libre a los estudiantes de los grados K-8 en la escuela. Para los estudiantes de escuela secundaria, se debe proporcionar un permiso por escrito de un proveedor de atención médica y un padre/tutor solo para la administración de medicamentos recetados. Las enfermeras escolares **no** tienen medicamentos de venta libre (Tylenol, Ibuprofeno, Tums) para administrar a los estudiantes. Un formulario *de Autorización para Medicamentos que se Administrarán en la Escuela* está disponible en su Enfermera Escolar o en el sitio web del Distrito Escolar de Helena https://helenaschools.org/departments/health-services/

_____ _____ _____

Firma del Padre/Tutor **Nombre impreso** **Teléfono**

Formulario de consentimiento de imMTrax para niños

Nombre del niño:_____Sexo: M F Fecha de nacimiento:_____

Autorizo a mi proveedor de atención médica y a una agencia de salud pública a recopilar e ingresar los registros de vacunación de mi hijo/a en el Sistema de Información de Inmunización (IIS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos. El IIS es un sistema informático confidencial que contiene registros de vacunación. Entiendo que la información en el registro puede ser divulgada a una agencia de salud pública, así como a mis proveedores de atención médica para ayudar en la atención y el tratamiento médico de mi hijo/a. Además, es posible que se divulgue información a los centros de cuidado infantil y a las escuelas en las que está inscrito mi hijo/a para cumplir con los requisitos estatales de vacunación. Entiendo que puedo revocar esta autorización y eliminar mi registro en cualquier momento comunicándome con mi departamento de salud local.

_____ _____

Firma del Padre/Tutor **Fecha**