

LÍMITES DE ASISTENCIA

¿Vive el guardián legal del estudiante dentro del MSDWT? S N Si sí, ¿cuál es la escuela asignada?: _____

Escuela a la que se prevé sea registrado: _____ Fecha prevista de Registro: _____

Nivel de Grado Previsto: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Familia 1 (Guardianes que viven en la misma dirección del estudiante)

Guardián 1 (Contacto Primario)

Apellido del Guardián

Nombre del Guardián

Relación con el Estudiante

Teléfono Primario

Teléfono Secundario

Teléfono del Trabajo

Correo Electrónico

¿Padre Custodio? SI NO

¿Puede recoger al estudiante? SI NO

Guardián 2

Apellido del Guardián

Nombre del Guardián

Relación con el Estudiante

Teléfono Primario

Teléfono Secundario

Teléfono del Trabajo

Correo Electrónico

¿Padre Custodio? SI NO

¿Puede recoger al estudiante? SI NO

Familia 2 (Guardianes que no viven en la dirección primaria del estudiante)

Dirección de Familia 2

Apt. #

Ciudad

Estado

Código Postal

Guardián 1

Apellido del Guardián

Nombre del Guardián

Relación con el Estudiante

Teléfono Primario

Teléfono Secundario

Teléfono del Trabajo

Correo Electrónico

¿Padre Custodio? SI NO

¿Puede recoger al estudiante? SI NO

Guardián 2

Apellido del Guardián

Nombre del Guardián

Relación con el Estudiante

Teléfono Primario

Teléfono Secundario

Teléfono del Trabajo

Correo Electrónico

¿Padre Custodio? SI NO

¿Puede recoger al estudiante? SI NO

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor, liste dos adultos diferentes del padre(s) o guardián(es) que pueden recoger y/o cuidar de su hijo(a) en caso de emergencia:

Nombre: _____
Nombre Apellido Relación con el Estudiante

Teléfono Celular Teléfono de Casa Teléfono del Trabajo

Nombre: _____
Nombre Apellido Relación con el Estudiante

Teléfono Celular Teléfono de Casa Teléfono del Trabajo

CONSIDERACIONES ADICIONALES

¿Ha sido su hijo(a) retenido en la escuela? Sí No

Si "Sí", por favor, indique todos los grados de retención (repetidos):

¿Recibía su hijo(a) alguno de los siguientes servicios especiales en su escuela anterior?

Servicios de Educación Especial (por favor explique): _____ Servicios de Inglés como Nuevo Idioma
 Terapia del Lenguaje/Habla Terapia Ocupacional/Física Plan 504 Alta Habilidad Escolares del Siglo 21 Título 1

¿Nació su hijo(a) fuera de los Estados Unidos y/o se usa un idioma en casa diferente al Inglés? Sí No

Si "Sí", por favor, complete la información debajo:

Escriba la fecha en que su hijo(a) fue registrado inicialmente en una escuela de K-12 en Estados Unidos: ____/____/____

Si su hijo(a) asistió a una escuela K-12 fuera de Estados Unidos, por favor, indique los grados completados: _____

¿Es su hijo(a) un estudiante extranjero de intercambio? Sí No

¿Ha sido su hijo(a) formalmente designado como refugiado por una Agencia de Refugiados de la ONU? Sí No

¿Tiene su hijo(a) un padre/guardián que es un miembro de las fuerzas armadas en servicio activo? Sí No

En los últimos 36 meses, ¿se ha mudado su hijo(a) entre diferentes distritos escolares, condados, o líneas estatales de Indiana para que su padre/guardián pueda obtener empleo temporero o de estación en la industria agrícola, lechera o de pesca Ó por necesidad económica? Sí No

Si "Sí", ¿cuándo fue la última vez que usted o algún miembro del hogar se mudó para buscar o trabajar en una actividad agrícola dentro de los Estados Unidos? Fecha (Mes/Año): ____/____

ACCESO A INTERNET EN EL HOGAR

¿Cuál es el dispositivo principal de aprendizaje que el estudiante usa con mayor frecuencia para completar tareas escolares en casa? _____

¿Es el dispositivo principal de aprendizaje un dispositivo personal o provisto por la escuela? _____

¿Es el dispositivo principal de aprendizaje compartido con alguien más en el hogar? S N

¿Tiene el estudiante acceso a Internet en su dispositivo principal de aprendizaje en casa? S N

¿Cuál es el tipo primario de servicio de Internet usado en su residencia? _____

¿Puede su estudiante ver videos en su dispositivo principal de aprendizaje sin interrupción? S N

PERMISOS

PERMISOS DE TRANSPORTACIÓN Y MEDIA

Yo he discutido las reglas del autobús con mi hijo(a). Yo entiendo que violaciones a las reglas resultarán en consecuencias disciplinarias. SI NO

Yo doy permiso para que el nombre o la foto de mi estudiante sea usada en comunicados de prensa. SI NO

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Cuál es la mejor persona para contactar durante el día escolar con cualquier preocupación de salud? (Por favor, incluya número de teléfono)

¿Cuál es su hospital de preferencia cuando se llame al 911?

Proveedor de Cuidados de Salud Primario del Estudiante

Nombre: _____ *Número Telefónico del Proveedor*

Dentista del Estudiante

Nombre: _____ *Número Telefónico del Dentista*

Proveedor de Cuidados de Salud Adicional

Nombre: _____ *Número Telefónico del Proveedor Adicional*

¿Tiene su estudiante alguna alergia? S N

Si "Sí", por favor explique: _____

¿Tiene el estudiante alguna alergia conocida a alimentos a una o más de las siguientes: Leche, Huevo, Trigo, Soya, Maní, Nueces, Ajonjolí/Sésamo, Pescado, Mariscos? S N

Si "Sí", por favor liste: _____

¿Tiene su estudiante un Jeringa de Epinefrina prescrita? S N

Si "Sí", por favor explique para que es específicamente. _____

Si "Sí", se requiere que los padres contacten a la enfermera de la escuela y le provean un plan de acción de alergia cada nuevo año escolar para proveer información para desarrollar un Plan Individualizado de Salud para el manejo de las alergias del estudiante en la escuela.

¿Tiene su hijo intolerancia a algún alimento? S N Si "Sí", es medical o religiosa? _____

Si "Sí", por favor explique. _____

¿Tiene su estudiante asma? S N

Si "Sí", las siguientes son/han sido prescritas para su estudiante Inhalador Nebulizador Ambos Otro Ninguno

Si "otro", por favor explique. _____

Si "Sí", se requiere que los padres contacten a la enfermera de la escuela y provean un plan de acción de asma cada nuevo año escolar para proveer la información necesaria para desarrollar un Plan Individualizado de Salud para el manejo del asma del estudiante en la escuela.

¿Tiene su estudiante diabetes? S N Si "Sí", Tipo 1 o Tipo 2? _____

Si "Sí", se requiere que los padres contacten a la enfermera de la escuela antes del primer día de clases o inmediatamente después de un nuevo diagnóstico para proveer la información necesaria para desarrollar un Plan Individualizado de Salud para el manejo de la diabetes del estudiante en la escuela.

¿Tiene su estudiante un desorden de convulsiones? S N

Si "Sí", ¿ha sido prescrito medicamentos de emergencia? S N

Si "Sí", por favor enliste todos los medicamentos prescrito para el desorden convulsivo _____

Si "Sí", se requiere que los padres contacten a la enfermera de la escuela antes del primer día de clases o inmediatamente después de un nuevo diagnóstico para proveer la información necesaria para desarrollar un Plan Individualizado de Salud para el manejo del desorden convulsivo del estudiante en la escuela.

¿Tiene su estudiante alguna preocupación emocional o conductual? S N

Si "Sí", por favor explique. _____

¿Tiene su estudiante alguna otra preocupación de salud? S N

Si "Sí", por favor explique. _____

Por favor liste todos los medicamentos que su estudiante está tomando.

Nombre del Medicamento/Dosis	Razón Médica para Tomarlo	¿Necesita el estudiante tomar la medicina en la escuela?

Las Escuelas del Municipio de Washington NO guardan medicamentos, como antiácidos, gotas de tos, loción de calamina, ibuprofeno, o acetaminofeno para el uso de los estudiantes. Si usted quiere que se le provea estos medicamentos sin receta para que se les administre a su estudiante en la escuela cuando sea necesario, usted lo puede hacer siguiendo [BoardDocs Pro](#) y usando las siguientes formas: [Autorización de Medicamentos o Tratamiento No-Prescrito](#)

Consentimiento de Salud

Yo, por medio de la presente doy consentimiento, para que mi hijo(a) menor reciba servicios de salud necesarios del personal de Salud designado u otro personal del Distrito designado en nuestras escuelas cuando el/ella se enferme o lesione durante el día escolar. Yo entiendo que el tratamiento por el personal del Distrito o de Salud es limitado a cuidados de primeros auxilios para lesiones que ocurran en la escuela, enfermedad, o evaluación de salud en conjunto con el Departamento de Salud del Condado de Marion y la administración de medicamentos previamente autorizada. Yo entiendo que las lesiones que ocurran en otro lugar, fuera de la escuela, deben ser tratadas en la casa o por un proveedor de cuidados de salud personal.

Yo, por medio de la presente, doy permiso para que la información arriba sea compartida con el personal de la escuela y personal de emergencia de manera confidencial bajo las provisiones del Acto de Derechos de la Familia a Educación y Privacidad (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA). Yo entiendo que FERPA prohíbe la divulgación de información personal identificable sin consentimiento excepto en circunstancias limitadas.

Yo, por medio de la presente, autorizo al MSD del Municipio de Washington a liberar los expedientes de inmunización de mi hijo(a) al Programa de Registro de Inmunización Infantil y de Hoosier del Departamento de Salud del Estado de Indiana (Indiana State Department of Health's Children and Hoosier Immunization Registry Program, CHIRP). Yo entiendo que la información en el registro puede ser usada para verificar que mi hijo(a) ha recibido las apropiadas inmunizaciones y para informarme o a mi hijo(a) elegible sobre el estatus de inmunización de mi hijo(a) o que una inmunización está pendiente de acuerdo con los horarios recomendados de inmunización

Firma del Padre/Guardián