



# 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? ***Si 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	<b>Student:</b>		<b>ID:</b>	
----------------------------------	-----------------	--	------------	--

**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:**

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Primer nombre:		<b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <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:		
<hr style="border: 1px solid red;"/>		
Primer nombre:		<b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <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:		
<hr style="border: 1px solid red;"/>		
Primer nombre:		<b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <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: