

2016-2017	Distrito:	Escuela:
Para uso exclusivo de la oficina		
Alumno(a):	ID:	Sexo:
		Grado:
		Salón hogar:



Distrito Escolar Consolidado Red Clay

Ficha de Información del Alumno

Para uso exclusivo de la oficina

--	--	--	--	--	--

Información del alumno	
Grado 2016-2017:	
Primer nombre:	
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
Apodo:	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento:	
Teléfono particular:	<input type="checkbox"/> ¿No figura en guía?
¿Ha estado este alumno matriculado alguna vez en una Escuela Pública o Chárter de Delaware? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico	
Escoger todas las que correspondan	

Por favor indicar la dirección física (hogar) y postal si son diferentes.	
Dirección física:	
Nº de Apto.:	
Reparto:	
Ciudad:	
Estado/Cód. postal:	
Dirección postal:	<input type="checkbox"/> ¿Igual que la física?
Nº de Apto.:	
Reparto:	
Ciudad:	
Estado/Cód. postal:	

Información especial sobre la custodia: Si el niño/a vive con alguien distinto a la madre o el padre nombrados 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene su hijo (documentación exigida):	
Un Plan de Educación Personalizada (IEP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Un Plan de Adaptación 504	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultades de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultades físicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre/Dirección de la escuela, jardín de infantes o guardería previa	
Nombre:	
Calle/Apt:	
Ciudad:	
Estado:	Cód. Postal
Teléfono:	
Fax:	

Información sobre hermanos de edad escolar	
Nombre:	
Fecha nacimiento:	Grado:
Escuela	
Nombre:	
Fecha nacimiento:	Grado:
Escuela	
Nombre:	
Fecha nacimiento:	Grado:
Escuela	
Nombre:	
Fecha nacimiento:	Grado:
Escuela	

Información sobre cómo el Distrito Escolar Consolidado Red Clay comparte la información de los alumnos

El Distrito Escolar Consolidado Red Clay reconoce la necesidad de proteger la información y privacidad de los alumnos al mismo tiempo que se promocionan actividades educativas y extracurriculares en el distrito y en los medios de comunicación externos. La legislación federal (FERPA, por sus siglas en inglés) autoriza al distrito a liberar información personal básica bajo circunstancias limitadas. La información personal básica es información sobre el alumno que generalmente no es considerada una invasión a la privacidad, tal como el nombre, dirección, fotografía, actividades y deportes. Si opta por no prestar su consentimiento para que el distrito libere esta información o incluya a su hijo en artículos y fotos, por favor visite http://www.redclayschools.com/pages/RedClay/Parents_and_Students/Forms_and_Publications u obtenga un formulario para retirar su consentimiento en la oficina de la escuela de su hijo.

Actualización de la Historia Clínica del Alumno: 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 padece alguno de los siguientes problemas. Indique fechas y otorgue información adicional en la sección destinada a comentarios.

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Habla | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problema de huesos | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Riñón | <input type="checkbox"/> Cirugía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Intestinos/Vejiga | <input type="checkbox"/> Oído | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Visión | _____ |
| <input type="checkbox"/> Conducta | <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral _____ | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Convulsiones | | |

Coment: _____

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

¿A qué?: _____ ¿Qué le sucede?: _____

Tratamiento: _____

3. ¿Padece su hijo una alergia alimentaria documentada por un profesional de la salud matriculado? Sí No

¿A qué?: _____ ¿Qué le sucede?: _____

Tratamiento: _____

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

4. ¿Necesitará su hijo un menú personalizado libre de alérgenos diseñado por una Nutricionista Matriculada de Red Clay?

Aviso: Las comidas preparadas en el hogar son la opción más segura de alimentación en la escuela para los alumnos con alergia a alimentos.

No. Yo me haré completamente responsable de proporcionarle a mi hijo 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. La falta de presentación de dicha documentación ocasionará que el alumno reciba la comida estándar para alergias alimentarias.

5. ¿Ha visto su hijo a un profesional de la salud desde que terminaron las clases en junio? Sí No

¿Por qué motivo?: _____

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

Indique el/los problema(s): _____

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

Nombre de la medicación o tratamiento: _____

¿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

8. ¿Se le han recetado a su hijo lentes o lentes de contacto? Sí No

Fecha del último examen _____ Si su hijo usa lentes o lentes de contacto, ¿cuándo fue la receta cambiada por última vez? _____

9. ¿Ha sufrido su hijo algún disgusto emocional (mudanza reciente, muerte, separación, divorcio) desde que terminaron las clases en junio? Sí No

Por favor indique: _____

Información médica			
Médico de cabecera:		Teléfono	
Dentista:		Teléfono	
Seguro Médico:		Tipo	
Nº de Certificado:	Nº de grupo	Nº de Medicaid:	

Autorizo a que mi hijo tome Acetaminofeno (Tylenol®) según lo determine la enfermera. Sí No

Autorizo a que mi hijo tome Ibuprofeno (Advil®) según lo determine la enfermera. Sí No

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha** _____

Procedimiento a seguir por la escuela en caso de emergencia: Las escuelas han adoptado el siguiente procedimiento para atender a su hijo(a) cuando se enferma o sufre una lesión en la escuela. En casos extremos, la escuela procurará atención médica inmediata.

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

1. La escuela llamará a la casa del alumno. 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 no es posible localizar a alguna de las personas mencionadas anteriormente, 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 alumno. 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 profesional del médico que lo atienda.

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Información de contacto del padre/madre/tutor: Por favor proporcione y/o modifique la información de contacto y emergencia. Si es necesario, tache y escriba en forma prolija y/o escoja la información que necesite ser corregida.

Primer nombre:	Relación:	Madre	Padre
Segundo nombre:	Madrastra	Padrastro	Tutor nombrado por la corte
Apellido:	Otro (por favor indicar):		
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:	Teléfono particular:	¿No figura en guía?	
Nº de Apto.:	Celular:		
Reparto:	Teléfono laboral:		
Ciudad:	Fecha de nac.:		
Estado/Cód. Postal:	Empleador:		
Nivel de educación: Diploma de secundaria/GED o superior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Por favor proporcionar una dirección de email; separando cada carácter en los casilleros provistos:

--	--

Primer nombre:	Relación:	Madre	Padre
Segundo nombre:	Madrastra	Padrastro	Tutor nombrado por la corte
Apellido:	Otro (por favor indicar):		
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:	Teléfono particular:	¿No figura en guía?	
Nº de Apto.:	Celular:		
Reparto:	Teléfono laboral:		
Ciudad:	Fecha de nac.:		
Estado/Cód. Postal:	Empleador:		
Nivel de educación: Diploma de secundaria/GED o superior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Por favor proporcionar una dirección de email; separando cada carácter en los casilleros provistos:

--	--

Primer nombre:	Relación:	Madre	Padre
Segundo nombre:	Madrastra	Padrastro	Segundo nombre:
Apellido:	Otro (por favor indicar):		
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:	Teléfono particular:	¿No figura en guía?	
Nº de Apto.:	Celular:		
Reparto:	Teléfono laboral:		
Ciudad:	Fecha de nac.:		
Estado/Cód. Postal:	Empleador:		
Nivel de educación: Diploma de secundaria/GED o superior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Por favor proporcionar una dirección de email; separando cada carácter en los casilleros provistos:

--	--

Información de contacto para casos de emergencia: La persona debe tener 18 o más años de edad

<p>Importante En caso de emergencia se contactará a las personas aquí indicadas, si no se puede localizar al padre/tutor.</p>	Nombre:	Nombre:	
	Apellido:	Apellido:	
	Relación:	Relación:	
	Teléfono particular:	Teléfono particular:	
	Celular:	Celular:	
	Teléfono laboral:	Teléfono laboral:	