



Distrito Escolar Consolidado Red Clay

FICHA DE INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Año Escolar: 2020-2021

Para uso exclusivo de la oficina

School:

ID:

Grade:

Hmrm:

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Primer nombre:		Grado 2020-2021:	
Segundo nombre:		Fecha de nacimiento:	
Apellido:		Apodo:	
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. postal:	

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?: <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	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/Dirección de la 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:

Para uso exclusivo de la oficina	Student: _____	ID: _____
----------------------------------	-----------------------	------------------

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 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"/> Conducta | <input type="checkbox"/> Tatuajes/Piercing corporal | <input type="checkbox"/> Intestinos/Vejiga | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Riñón | <input type="checkbox"/> Habla |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo | <input type="checkbox"/> Huesos/Espina | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Visión |

Otro: _____ Comentarios: _____

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 tenido el niño algún malestar 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 a mi hijo se le administre lo siguiente; según lo determine la enfermera:

Acetaminofén (Tylenol®) Sí No

Ibuprofeno (Advil®) Sí No

Tums® 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:

- La escuela llamará a la casa del alumno. Si nadie responde,
- La escuela llamará al lugar de empleo del padre, madre o tutor 1 o 2. Si nadie responde,
- La escuela llamará a los otros números de teléfono indicados y al médico.
- 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.
- En base a lo que opine el médico que lo atienda, el niño podrá ser internado en un centro médico local.
- La escuela continuará llamando a los padres, tutores y al médico hasta ponerse en contacto con alguno de ellos.
- 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.

Al firmar este formulario, reconozco el entendimiento y doy fe de la exactitud de la información.

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

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Primer nombre:		Relación: <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"/> Si <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"/> Si <input type="checkbox"/> No	Empleador:
E-Mail:			

Primer nombre:		Relación: <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"/> Si <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"/> Si <input type="checkbox"/> No	Empleador:
E-Mail:			

Primer nombre:		Relación: <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"/> Si <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"/> Si <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:

DOCUMENTACIÓN EXIGIDA PARA LA MATRICULACIÓN

La siguiente documentación debe ser presentada en el momento de la matriculación en la escuela que le corresponde por su domicilio.

Certificado de nacimiento

Un certificado de nacimiento válido

Se puede aceptar una copia del certificado de nacimiento enviada por fax a la escuela por parte de la escuela previa.

- Si el certificado de nacimiento no contiene el nombre del padre o madre que está matriculando a su hijo, se exige una verificación adicional de la custodia.
- Se puede aceptar un documento legal (del sistema judicial) con el certificado de nacimiento si indica el nombre del padre o madre, la relación con el niño y la fecha de nacimiento del niño.

Constancia de examen físico (realizado dentro de los últimos 24 meses)

Certificado de vacunación actual

- Para alumnos de kindergarten: Certificado de vacunación del niño incluyendo el control de la tuberculosis (exigido para todos los alumnos) y constancia de que se ha realizado la prueba para detectar la presencia de plomo

Boletín de calificaciones más reciente del alumno (K a 8° grado), certificado analítico de estudios más reciente (9° a 12° grado)

Documentación relativa al IEP (Plan de Educación Personalizada) (si corresponde)

Dos pruebas de residencia

El padre, tutor legal o pariente a cargo del niño al cual se está matriculando debe presentar por lo menos dos documentos de las siguientes listas. Los documentos deben contener el nombre y domicilio del padre, tutor o pariente a cargo. El domicilio debe ser el mismo en ambos documentos.

SE DEBE PRESENTAR POR LO MENOS UN ÍTEM DEL GRUPO A Y UN ÍTEM DEL GRUPO B

Grupo A:

Copia a del resumen mensual más reciente de la hipoteca (se aceptará copia del resumen de pago al momento de la compraventa (“*settlement statement*”) en lugar del resumen de la hipoteca si la casa fue comprada recientemente y aún no se ha recibido un resumen de la hipoteca)

Contrato de alquiler (donde figure el padre, tutor legal o familiar a cargo como ocupante)

Factura de alcantarillado (año actual)

Recibo de impuesto inmobiliario (año actual)

Factura original reciente de gas o electricidad

Grupo B:

Tarjeta de registro de vehículo o póliza de seguro de vehículo actual

Resumen de póliza de seguro de alquiler

Documentos impositivos del año más reciente

Recibo de sueldo o nómina (con fecha de los últimos 30 días)

Dos resúmenes consecutivos del banco (de los últimos 90 días)

Notificación oficial del Servicio Postal de los Estados Unidos de cambio de domicilio en correo devuelto (la etiqueta amarilla con el domicilio nuevo se encontrará pegada en el sobre al lado del domicilio viejo)

Correspondencia de una agencia del Estado de Delaware como DHSS, DSCYF, Departamento de Trabajo y DSS

En caso de vivir en la residencia de otra persona:

Por favor completar la Declaración Jurada de Ocupación Múltiple del Propietario/Inquilino del Distrito Escolar Consolidado Red Clay (“*Red Clay Consolidated School District Owner/Renter Affidavit of Multiple Occupancy*”) y la Declaración Jurada de Ocupación Múltiple del Distrito Escolar Consolidado Red Clay (“*Red Clay Consolidated School District Affidavit of Multiple Occupancy*”).