



# Distrito Escolar Consolidado Red Clay

## FICHA DE INFORMACIÓN DEL ALUMNO

**Año Escolar: 2022-2023**

*Para uso exclusivo de la oficina*

School:

ID:

Grade:

Hmrm:

### INFORMACIÓN DEL ALUMNO

|                 |  |                              |   |
|-----------------|--|------------------------------|---|
| Primer nombre:  |  | Grado 2022-2023:             |   |
| Segundo nombre: |  | Fecha de nacimiento:         |   |
| Apellido:       |  | Apodo/nombre de preferencia: |   |
| Generación:     | <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> II<br><input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | Género:                      | <input type="checkbox"/> Masculino<br><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/<br>Cód. postal: |  | Ciudad,<br>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/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: |

**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"/> Convulsión 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?  
 ¿A qué? \_\_\_\_\_ ¿Qué le sucede? \_\_\_\_\_  
 Tratamiento: \_\_\_\_\_

**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.**

( ) 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 para hacer los arreglos correspondientes.**

( ) 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?: \_\_\_\_\_

( ) Sí ( ) No 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.**

( ) Sí ( ) No 14. ¿Ha tenido usted, su hijo/hija o alguien de su hogar un resultado positivo en un test de COVID-19? **\*Si la respuesta es sí, por favor comunicarse con la enfermera escolar.**

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

## 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 |
| Segundo nombre:   |   |                      | <input type="checkbox"/> Tutor nombrado por la corte <input type="checkbox"/> Otro (por favor indicar):                             |
| 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/<br>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:   |   |                      |   |
| Primer nombre:  |   | <b>Relación:</b>     | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro |
| Segundo nombre:   |   |                      | <input type="checkbox"/> Tutor nombrado por la corte <input type="checkbox"/> Otro (por favor indicar):                             |
| 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/<br>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:   |   |                      |   |
| Primer nombre:  |   | <b>Relación:</b>     | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro |
| Segundo nombre:   |   |                      | <input type="checkbox"/> Tutor nombrado por la corte <input type="checkbox"/> Otro (por favor indicar):                             |
| 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/<br>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: |