



# Distrito Escolar Consolidado Red Clay

## FICHA DE INFORMACIÓN DEL ALUMNO

**Año Escolar: 2020-2021**

<i>Para uso exclusivo de la oficina</i>			
<b>School:</b>			
<b>ID:</b>			
<b>Grade:</b>		<b>Hmrm:</b>	

### 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.

<b>Dirección física:</b>		<b>Dirección postal ¿Igual que la física?</b> <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	
<b>Tiene su hijo: (documentación exigida)</b>	
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"/> Trastorno sanguíneo        | <input type="checkbox"/> Intestinos/Vejiga | <input type="checkbox"/> Audición    | <input type="checkbox"/> Riñón               | <input type="checkbox"/> Habla   |
| <input type="checkbox"/> Alergias    | <input type="checkbox"/> Tatuajes/Piercing corporal | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Corazón     | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Asma        | <input type="checkbox"/> Huesos/Columna             | <input type="checkbox"/> Emocional         | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Convulsiones        | <input type="checkbox"/> Visión  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ |   |  |                                      |  |                                  |

Comentarios: \_\_\_\_\_

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

¿A qué? \_\_\_\_\_ ¿Qué le sucede? \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido su hijo/hija alguna enfermedad desde que terminaron las clases?  Sí  No

Indicar qué tipo de enfermedad, con fecha(s): \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido su hijo/hija alguna cirugía desde que terminaron las clases?  Sí  No

Tipo de cirugía, con fecha(s): \_\_\_\_\_

5. ¿Ha recibido su hijo/hija alguna vacuna desde que finalizaron las clases?  Sí  No

Indicar vacuna(s) con fecha(s): \_\_\_\_\_

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. ¿Ha sido su hijo/hija examinado/a alguna vez por un oculista?  Sí  No

Fecha del último examen: \_\_\_\_\_ Si su hijo/hija usa lentes o lentes de contacto, ¿cuándo fue la receta cambiada por última vez? \_\_\_\_\_

9. ¿Cuál es el nombre del dentista de su hijo/hija? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fecha de su último examen odontológico? \_\_\_\_\_

10. ¿Cuál es el nombre del médico de cabecera de su hijo/hija? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fecha de su último examen físico? \_\_\_\_\_

11. ¿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

12. ¿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.*  Sí  No

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo de la oficina	<b>Student:</b> _____	<b>ID:</b> _____
----------------------------------	-----------------------	------------------

**Información sanitaria/médica adicional:** 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. ¿Padece su hijo/hija una alergia alimentaria documentada por un profesional de la salud matriculado?  Sí  No

¿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.**

2. ¿Necesitará su hijo/hija 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 estudiantes con alergia a alimentos.

**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. La falta de presentación de dicha documentación ocasionará que el/la estudiante reciba la comida estándar para alergias alimentarias.

Información médica			
Seguro médico:			Tipo:
Nº de certificado:	Nº de grupo:	Nº de Medicaid:	

Autorizo a que a mi hijo/hija se le administre lo siguiente, según lo determine la enfermera:

Acetaminofén (Tylenol®)  Sí  No      Ibuprofeno (Advil®)  Sí  No      Tums®  Sí  No

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

**Procedimiento a seguir por la escuela en caso de emergencia:** Las escuelas han adoptado el siguiente procedimiento para atender a su hijo/hija 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/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 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/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 profesional del médico que lo atienda.**

Al firmar este formulario, reconozco que comprendo su contenido y doy fe de la exactitud de la información.

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

Para uso exclusivo de la oficina	<b>Student:</b>		<b>ID:</b>	
----------------------------------	-----------------	--	------------	--

### 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"/> 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:		<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"/> 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:		<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"/> 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: