



## Completar y enviar el Paquete de solicitud para preescolar del SLCUSD 2021-2022

**\* Los espacios son limitados, aplicar temprano\***

El Paquete de solicitud para el Preescolar del SLCUSD 2021-2022 puede completarse digitalmente o imprimirse y completarse a mano.

Paquetes completos que incluyen la solicitud, copias de toda la documentación de respaldo y todos los formularios adicionales deben entregarse en la escuela primaria deseada o enviarse por correo electrónico directamente a esa escuela (consulte las direcciones de correo electrónico a continuación).

Se enviarán cartas de notificación a todas las familias por correo después de la fecha límite de inscripción.

### Documentación de respaldo requerida:

- Dos formas de verificación de Domicilio (cuenta de utilidades, acuerdo de renta)
- Verificación de Salario (si empleado/a, copias de los más recientes talones de salario de mes completo; si trabaja para sí mismo/a, la Forma 1040 Federal que incluye el Anexo C y un Estado de Cuenta de Entrada Estimada Actual; para todas fuentes de entrada adicional, envíe verificación actual)
- Certificado de Nacimiento (copias de todos niños menores de 18 años viviendo en el hogar por quienes son financieramente responsables).  
**NOTA:** Si el nombre de un/a padre/madre se encuentra en el certificado de nacimiento, pero ese padre/madre no vive en el hogar, por favor entregue UNO de los siguientes:
  - Cuenta de utilidad en su nombre; o
  - Archivo/declaración de apoyo de niño, divorcio, o separación confirmando que usted es la persona responsable por el niño o los niños.
- Registros de inmunización actuales

### Formularios adicionales:

- Tarjeta de información del estudiante
- Tarjeta de emergencia
- Información Confidencial para la Enfermera Estudiantil

### Para recibir más información, por favor contactar:

Primaria Baywood

(805) 534-2856

[ddubois@slcusd.org](mailto:ddubois@slcusd.org) o [srochaalvarez@slcusd.org](mailto:srochaalvarez@slcusd.org)

Primaria Hawthorne

(805) 596-4070

[jgrady@slcusd.org](mailto:jgrady@slcusd.org) o [smurillo@slcusd.org](mailto:smurillo@slcusd.org)

Primaria Pacheco

(805) 596-4081

[erueda@slcusd.org](mailto:erueda@slcusd.org)

Distrito Escolar Unificado Costero de San Luis

(805) 549-1225

[kvanwert@slcusd.org](mailto:kvanwert@slcusd.org)



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO COSTERO  
DE SAN LUIS Éxito para Todos  
Aplicación Inicial para el Pre-escolar  
2021-2022**

FOR OFFICE USE ONLY

Approval Date:

Enrollment Date:

Age:

¿A cuál sitio pre-escolar desearía que su hijo o hija asistiera?  
(Por favor, indique primera, segunda, y tercera opción)

Primaria Baywood       Primaria Hawthorne       Primaria Pacheco

¿Está asistiendo su hijo o hija a otro pre-escolar?    Sí      No

¿Sí es así, a cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted niños que están actualmente asistiendo a la escuela que está solicitando?    Sí      No

¿Está entrenado/a su niño/a a ir al baño?    Sí      No      Si no, que apoyo para entrenarlo necesitará en el pre-escolar?

**PARTE 1: INFORMACIÓN DE TAMAÑO DE FAMILIA**

**NIÑO APLICANDO PARA PRE-ESCOLAR:**

**HERMANOS DE MENOS DE 18 AÑOS VIVIENDO EN EL HOGAR**

(por los cuales usted es financieramente responsable):

**Certificados de nacimiento de todos estos niños deben ser entregados.**

Primer Nombre:		Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Segundo Nombre o Inicial:		Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Apellido		Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Número de Miembros en la Familia:		Nombre:	Fecha de Nacimiento:

**PARTE 2: INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR**

<b>PADRE/MADRE A</b>		<b>PADRE/MADRE B</b> <i>Complete solamente si vive en el hogar.</i>	
Primer Nombre:		Primer Nombre:	
Segundo Nombre o Inicial:		Segundo Nombre o Inicial:	
Apellido:		Apellido:	
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	
Lenguaje Preferido:		Lenguaje Preferido:	
Parentesco con Niño Aplicando:		Parentesco con Niño Aplicando:	
Teléfono en el hogar:	Teléfono celular de Padre A:	Teléfono celular de Padre B:	
Domicilio del hogar:			
Ciudad:		Condado:	Código Postal:
Dirección para Correo (si es diferente)			
<b>CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA – Nombre:</b>			<b>Teléfono:</b>

(Por favor complete el otro lado también)

### PARTE 3: INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS DE LA FAMILIA

Si está empleado, por favor complete:

**PADRE A:** Salario en bruto \$ \_\_\_\_\_ /mes

**PADRE B:** Salario en bruto \$ \_\_\_\_\_ /mes

**Entregue adjunto los más recientes talones de pago de un mes completo** suyo. Si trabaja por sí mismo/a, por favor entregue adjunta su última Forma Federal 1040 y un Estado de Cuentas de Entrada Estimada Actual.

Ambos padres deben completar la sección debajo, marque **"A"** por Padre A y **"B"** por Padre B y la CANTIDAD EN BRUTO al lado de todo a lo que se aplique:

<input type="checkbox"/> Apoyo de Niño	\$ _____/mes	<input type="checkbox"/> Beneficios de Sobreviviente del Seguro Social o Beneficios de Asistencia de Salario	\$ _____/mes
<input type="checkbox"/> Asistencia de Ayuda en Efectivo	\$ _____/mes	<input type="checkbox"/> Beneficios por Invalidez del Seguro Social	\$ _____/mes
<input type="checkbox"/> Estado/Seguro de Invalidez Privado	\$ _____/mes	<input type="checkbox"/> Beneficios de Retiro	\$ _____/mes
<input type="checkbox"/> De Desempleo	\$ _____/mes	<input type="checkbox"/> Asistencia Financiera	\$ _____/mes
<input type="checkbox"/> Asistencia de Cuidado Adoptivo o de Adopción	\$ _____/mes	<input type="checkbox"/> Otro (explique): _____	\$ _____/mes

### PART 4: RAZA/ETNICIDAD

ETNICIDAD

**Parte I: Marque un recuadro.**  Hispano o Latino  Ni Hispano ni Latino

ETNICIDAD/RAZA

**Parte II: Además de su respuesta en la Parte I, marque uno o más recuadros abajo.**

<input type="checkbox"/> Indígena de Asia	<input type="checkbox"/> Asiático/a	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Otro Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano	<input type="checkbox"/> de Guam <input type="checkbox"/> Tahitiano
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Laoisiano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Vietnamés	<input type="checkbox"/> Otro asiático			<input type="checkbox"/> de Samoa

### PARTE 5: NECESIDADES EXCEPCIONALES

¿Cualquiera de lo siguiente le aplica a su familia?

Sin Hogar

Inglés limitado o ningún inglés

Otro: \_\_\_\_\_

### PARTE 6: FIRMA

- Yo juro, bajo penalidad de perjurio, que la información arriba es verdad y correcta, y que he incluido todas las fuentes de entradas.
- Por este medio autorizo al personal de la agencia a verificar salarios con mi empleador. Adicionalmente, yo autorizo que se entregue y compartan mis archivos por personal autorizado legalmente de la agencia, del Departamento de Educación de California, o de Certificación de Cuidado de la Comunidad para determinar cumplimiento con el programa, elegibilidad de la familia, y cumplimiento con regulaciones y requisitos de reportaje.
- Yo comprendo que esta es una aplicación preliminar SOLAMENTE y no garantiza matrícula en el programa.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Parentesco con Niño/a Aplicando

### PARTE 7: LISTA DE VERIFICACIÓN (Por favor incluya lo siguiente):

- \_\_\_\_ Dos formas de verificación de Domicilio (cuenta de utilidades, acuerdo de renta)
- \_\_\_\_ Verificación de Salario (si empleado/a, copias de los más recientes talones de salario de mes completo; si trabaja para sí mismo/a, la Forma 1040 Federal que incluye el Anexo C y un Estado de Cuenta de Entrada Estimada Actual; para todas fuentes de entrada adicional, envíe verificación actual)
- \_\_\_\_ Certificado de Nacimiento (copias de todos niños menores de 18 años viviendo en el hogar por quienes son financieramente responsables). **NOTA:** Si el nombre de un/a padre/madre se encuentra en el certificado de nacimiento, pero ese padre/madre no vive en el hogar, por favor entregue UNO de los siguientes:
  - Cuenta de utilidad en su nombre; o
  - Archivo/declaración de apoyo de niño, divorcio, o separación confirmando que usted es la persona responsable por el niño o los niños.
- \_\_\_\_ Registros de inmunización

**Traiga o envíe por correo electrónico todos los documentos a la escuela a la que está solicitando.**

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO COSTERO DE SAN LUIS  
**TARJETA DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**  
**CURSO 2021-22**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
 Maestro/a (Escuela Prim.) \_\_\_\_\_  
 Consejero/a (Escuela Sec./Prep.) \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

<b>SITUACIÓN DE LA MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE</b> <input type="checkbox"/> Continuación: Asistió a la misma escuela el año pasado. <input type="checkbox"/> Transfer./Promoción: Asistió a otra escuela de este distrito. <input type="checkbox"/> Nuevo/a: No ha estado matriculado previamente en este distrito. <input type="checkbox"/> Anterior: Vuelve al distrito después de una ausencia. Última fecha en que asistió al distrito _____	<b>INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES</b> A. Nivel de Educación del padre/madre o tutor MÁS educado. <input type="checkbox"/> Doctorado/entrenamiento después de graduado <input type="checkbox"/> Graduado universitario <input type="checkbox"/> Alguna universidad (incluyendo Diploma de AA) <input type="checkbox"/> Graduado de escuela preparatoria <input type="checkbox"/> No graduado de escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Declino indicar o no sé B. ¿Participa activamente alguno de los padres/tutores en servicios militares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

<b>ÚLTIMA ESCUELA QUE ASISTIÓ:</b> Domicilio: Calle o Apartado Postal/ Ciudad/Código Postal/ y Teléfono _____ Última fecha de asistencia: _____ Razón por irse: <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Expulsión ¿Su hijo o hija ha sido expulsado de un distrito escolar alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿cuando y por qué? _____ ¿Asistió su niño o niña al Preescolar o al Kindergarten Transitivo (TK) en el SLCUSD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, en cual escuela? _____	<b>RESIDENCIA: El/la estudiante y/o su familia esta viviendo:</b> 1. ¿Con otra familia y/o pariente, por necesidad económica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. ¿Con alguien que no sea el padre o tutor(a) legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 3. ¿En un hotel o motel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 4. ¿En un campamento, en un coche, R.V., o sin albergue? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 5. ¿En un refugio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 6. ¿En un hogar adoptivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

**PLAN DE SALUD/SEGURO MÉDICO DEL ESTUDIANTE:**

Ninguno  Medi-Cal/CenCal  Seguro Privado  Yo desearía más información acerca del Centro de Recursos para la Familia  Yo quisiera saber más acerca de seguro gratis o de poco costo.

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_

¿Tiene aseguranza de visión?  Sí  No ¿Tiene aseguranza dental?  Sí  No

Yo pido traducciones al español para <input type="checkbox"/> reuniones en la escuela <input type="checkbox"/> comunicaciones del distrito y la escuela.	Mi hijo o hija tiene un plan: IEP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Plan de Sección 504 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

**DOY AUTORIZACIÓN PARA LO SIGUIENTE:**

Sí  No Doy permiso al personal de escuela para discutir las condiciones de salud/medicinas indicadas en la Tarjeta de Información de Emergencia de mi hijo/hija con el(los) médico(s) anotado(s) en la Tarjeta de Información de Emergencia de mi hijo/hija. **Entiendo que el permiso para ponerse en contacto con el médico está obligado debo pedir a la escuela para dispensar medicamentos a mi hijo.**

Sí  No Como padre/tutor, doy permiso para que mi nombre, dirección, número de teléfono, y domicilio de correo electrónico sea publicado en un directorio escolar.

Sí  No Como padre/tutor, el domicilio de mi correo electrónico puede ser dado para uso relacionado con la escuela.

Sí  No Mi hijo/a puede ser entrevistado/a, pueden tomarle fotos o video, o puede aparecer en el periódico, en la televisión, o en programas de la radio y puede ser identificado por su nombre.

Sí  No El primer nombre, foto, y/o muestras de trabajo de mi niño o niña puede ser publicado en la Internet (incluyendo sitios en la red de maestro(a), escuela, distrito y/o aquellos afiliados con el distrito) para reconocer actividades relacionadas con la escuela.

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON PARA ESTUDIANTES DE LA PREPARATORIA SOLAMENTE:**

**Grados 9-12 solamente:**  Sí  No Dar mi dirección a la compañía para el anillo de clase/diploma/gorro y túnica/fotos de escuela.

**Grados 11 y 12 solamente:**

1. El nombre de su hijo será incluido en un directorio de nombres y direcciones proporcionadas anualmente a los reclutadores militares a menos que rechaza al optar aquí:  Sí, me gustaría optar a cabo mi hijo. No quiero que la información divulgada a los reclutadores militares.

2. El nombre de su hijo será incluido en un directorio de nombres y direcciones proporcionadas anualmente a los representantes de las universidades a menos que rechaza al optar aquí:  Sí, me gustaría optar a cabo mi hijo. No quiero su información dada a conocer a los representantes de las universidades.

3. Acepto a dar mi dirección a: Comité de la Noche de Graduación  Sí  No  
 Suministradores del paquete de fotos de estudiantes del doceavo grado  Sí  No

**Mi firma indica que la información contenida aquí es exacta según mis conocimientos y que mi permiso se ha dado según se indica arriba, y, que por parte de la Sección No. 48982 del Código de Educación, que he recibido, leído y entendido el 2020-21 Notificación anual a los padres, que incluye el Código de Conducta del Estudiante y el Acuerdo del Uso Responsable de Tecnología por el Estudiante.**

\_\_\_\_\_  
 Firma de los Padres/Padrastros/Tutores      Fecha      Y      Firma del Estudiante      Fecha

Sí, me gustaría ser contactado respecto optando mi estudiante fuera de uso la tecnología del distrito. Revised 1/14/20

El/La estudiante tiene acceso a la internet en casa:  Si  No El/La estudiante tiene acceso a una computadora en casa:  Si  No

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO COSTERO DE SAN LUIS  
TARJETA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE CURSO 2021-22**

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Maestro/a o Consejero/a \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre Legal del Estudiante: Apellido		Nombre		Segundo Nombre		Nombre Preferido por estudiante							
Dirección de Domicilio: Calle/Ciudad/Código Postal		<input type="checkbox"/> Marque aquí si nueva dirección				Teléfono del Hogar		Fecha de Nacimiento (mes/día/año)					
Dirección de Correos (si es diferente): Calle o Apartado Postal, Ciudad, Código Postal		<input type="checkbox"/> Marque aquí si nueva dirección				Grado		Sexo (F/M/N)					
<b>Otros niños en la familia:</b>													
Nombre			Edad		Escuela			Nombre		Edad		Escuela	
1. _____			_____		_____			3. _____		_____		_____	
2. _____			_____		_____			4. _____		_____		_____	

**INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES** (Incluya solamente los nombres de padres/tutores legales/responsables por cuidado, comenzando con padre(s) con quien el/la estudiante vive): **NOTA:** La información de Padres/Tutores se podrá usar para negocios de la escuela que incluyen mensajes informativos. (Código de Regulaciones Federales, Título 34, 99.1-99.67, FERPA) Si está de acuerdo con permitir al distrito que mande mensajes de recordatorio y anuncios por medio de texto directamente a su teléfono celular, por favor marque el 'Recibo Textos' en la caja debajo. Marcando la caja, usted se pone de acuerdo con pagar los cargos de su proveedor de servicio celular.

Nombre (Primer Nombre/ Apellido) _____						El estudiante vive aquí: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Domicilio (Si diferente al del estudiante) _____						<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre					
Mejor número de teléfono a llamar durante horas escolares (marque uno por favor) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular						<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro					
Mande correo <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> Tutor Legal					
						<input type="checkbox"/> Responsable por Cuidado					
Teléfono del Hogar		Teléfono del Trabajo		Celular/Recibo Textos <input type="checkbox"/>		Correo Electrónico		Empleador		Ocupación	

Nombre (Primer Nombre/ Apellido) _____						El estudiante vive aquí: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Domicilio (Si diferente al del estudiante) _____						<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre					
Mejor número de teléfono a llamar durante horas escolares (marque uno por favor) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular						<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro					
Mande correo <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> Tutor Legal					
						<input type="checkbox"/> Responsable por Cuidado					
Teléfono del Hogar		Teléfono del Trabajo		Celular/Recibo Textos <input type="checkbox"/>		Correo Electrónico		Empleador		Ocupación	

Nombre (Primer Nombre/ Apellido) _____						El estudiante vive aquí: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Domicilio (Si diferente al del estudiante) _____						<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre					
Mejor número de teléfono a llamar durante horas escolares (marque uno por favor) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular						<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro					
Mande correo <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> Tutor Legal					
						<input type="checkbox"/> Responsable por Cuidado					
Teléfono del Hogar		Teléfono del Trabajo		Celular/Recibo Textos <input type="checkbox"/>		Correo Electrónico		Empleador		Ocupación	

**PARA SECUNDARIA/PREPARATORIA SOLAMENTE:** Si está de acuerdo con permitir al distrito que mande mensajes de recordatorio y anuncios por medio de texto directamente al teléfono celular de su estudiante, por favor escriba el número del teléfono celular de su estudiante aquí. Escribiendo el número de teléfono, usted se pone de acuerdo con pagar los cargos de su proveedor de servicio celular. **Número de Teléfono Celular de Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Orden de Custodia:**  Sí  No Si afirmativo, adjunte una copia de la orden e incluye el horario (es decir, madre M-W, padre Th/F).

**Orden de Restricción:**  Sí  No Si afirmativo, adjunte copia.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (OTRO QUE NO SEA PADRE/TUTOR)** En el caso de ausencia de padre o madre, padrastro o madrastra o tutor legal, el personal de la escuela puede notificar o entregar mi estudiante a la(s) persona(s) indicada(s) debajo en caso de enfermedad, accidente, o evacuación. Apunte solo personas locales, en el orden en que se deben llamar.

Primer contacto:	Nombre	Parentesco/Relación	Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo	Celular
Segundo contacto:	Nombre	Parentesco/Relación	Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo	Celular
Tercer contacto:	Nombre	Parentesco/Relación	Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo	Celular

**SALUD:** Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

La escuela puede dar los primeros auxilios a cualquier estudiante y el hospital/doctor puede administrar tratamiento médico aunque el padre/tutor no esté disponible si no hay objeción en escrito para tratamiento médico en los archivos de la escuela. (C.E.C. 49407, 25.8)

**Por favor anote alergias y/o otras condiciones de salud que usted desee que nosotros compartamos con los maestros y otros empleados de la escuela:**

¿Usa lentes su hijo o hija?  Sí  No ¿Usa una silla de ruedas su hijo o hija?  Sí  No

Si su hijo/hija tiene condiciones de salud confidenciales que usted desea compartir, por favor haga una cita con la enfermera de escuela.

**MEDICINAS:** Mi estudiante:  Toma medicinas continuas: Si es así,  antes/después de escuela,  Durante horas de escuela.

(Si se debe dispensar medicina, sea por receta médica o sin receta médica, durante horas escolares, una forma de consentimiento DEBE ser firmada por los padres/padrastrros/tutores y el médico y archivada en la escuela.)

Si la medicina se toma durante horas de escuela, nombre la medicina y su uso: \_\_\_\_\_

<b>FIRMAS</b>	
Firma de Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Tutor: _____	Fecha: _____
Firma de Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Tutor: _____	Fecha: _____

**Uso Administrativo Solamente:** Enroll Status:  New  OE  IDT  COR Alerts:  Medical  Custody  
Entry date: \_\_\_\_\_ Leave date: \_\_\_\_\_ If student leaves the district, note the following information:  
The student's record was sent to (school) \_\_\_\_\_ located in (city) \_\_\_\_\_ on (date) \_\_\_\_\_

Nombre Legal del Estudiante:



### 2021-2022 Información Confidencial para la Enfermera Estudiantil

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombres de los Representantes: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Preescolar  TK/Kinder  Estudiante nuevo, Grado: \_\_\_\_\_

**Usa lentes:**  Sí  No Razón (miope, hipermetrope, astigmatismo): \_\_\_\_\_

**Pérdida de audición/preocupaciones:**  Sí  No Notas: \_\_\_\_\_

Mi niño/a tiene una condición de salud  No **(ALTO AQUÍ)** Firma del Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sí, Por favor de completar el resto del formulario

**Asma:**  Severa  Moderada Causas: \_\_\_\_\_

Medicamentos\*: \_\_\_\_\_  Tomado en la escuela  Tomado en casa

**Alergias:**  Anafilaxia/Epipen  Severa  Moderada Causas: \_\_\_\_\_

Síntomas: \_\_\_\_\_

Medicamentos\*: \_\_\_\_\_  Tomado en la escuela  Tomado en casa

La fecha del episodio más reciente: \_\_\_\_\_  No aplica

**Diabetes:**  Tipo 1  Inyección/Pluma  Bomba  MCG  Independiente en el cuidado

Tipo 2 Medicamentos\*: \_\_\_\_\_  Tomado en la escuela  Tomado en casa

*(Se requieren órdenes escolares del médico antes de que el personal escolar participe en el cuidado de la diabetes.)*

**Convulsiones:** **Historia** Edad del primer incidente: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

**Trastorno convulsivo actual** Tipo: \_\_\_\_\_ La fecha del ataque más reciente: \_\_\_\_\_

Medicamentos\*: \_\_\_\_\_  Tomado en la escuela  Tomado en casa

Estimulador del nervio vago

**Otras condiciones de salud:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos\*:** \_\_\_\_\_  Tomado en la escuela  Tomado en casa

*\*Se requiere un formulario de autorización de medicamentos de la escuela completado por un padre y un médico para CUALQUIER medicamento (incluso medicamentos de venta libre) para tomar en la escuela (formulario disponible en la oficina).*

Firma del Representante

Fecha

Firma de Enfermera

Fecha