

Estudiante:			Escuela:		Año escolar:
Grado:	HMRM:	autobús	# de Identificación		



Tarjeta de Registro/de emergencia del Estudiante

el padre /
tutor debe
firmar todas
las áreas
resaltadas

Para uso exclusivo de la escuela:	Legal Guardianship/Caregiver verified
ID #:	In student database:
Birth Certificate:	Records requested:
Immunization:	Grades received:

Se seguirán las directrices actuales para el coronavirus, de Delaware Public Health (DPH), el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el año escolar.

INFORMACION DEL ESTUDIANTE					
Grado:	¿Ha estado este estudiante alguna vez registrado en una escuela Pública o Chárter de Delaware? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Primer Nombre:	Género:		Masculino	Femenino	
Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:				
Apellido:	Teléfono de la Casa:		¿Privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
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				

DENOMINACION de RAZA y ORIGEN ETNICO						
¿Es este estudiante Hispano o Latino? (Seleccione una respuesta.) Personas de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sur o Centro Americano, o de otra cultura u origen Hispano, sin importar la raza, son considerados Hispanos o Latinos.					Sí	No
Indique abajo la raza de este estudiante. Debe seleccionar por lo menos una raza, sin importar la designación étnica. Más de una respuesta puede ser seleccionada.						
<input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaianos Nativos e Isleños del Pacífico						

DIRECCION: Por favor indique la dirección física (de la casa) y de correo si son diferentes.					
Dirección Física			Dirección de Correo		¿Igual a la física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apto. #:	# de Apto:				
Dirección:	Dirección:				
Urbanización:	Urbanización:				
Ciudad, Estado, Código Postal:	Ciudad, Estado, Código Postal:				

INFORMACION DE CONTACTO DEL PADRE/GUARDIAN					
Primer Nombre:	Relación:		Madre	Padre	
Segundo Nombre:	Madrstra		Padrastrro		
Apellido:	Guardián Designado por la Corte		Otro (por favor liste):		
Generación:	Vive con el niño:		Sí	No	
Apto. #:	Teléfono Celular:				
Dirección:	Teléfono de Casa:		¿Privado?:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Urbanización:	Teléfono del Trabajo:				
Ciudad:	Fecha de Nacimiento:				
Estado/Código Postal:	Empleador:				

Por favor suministre una dirección de correo electrónico					
INFORMACION DE CONTACTO DEL PADRE/GUARDIAN					
Primer Nombre:	Relación:		Madre	Padre	
Segundo Nombre:	Madrstra		Padrastrro		
Apellido:	Guardián Designado por la Corte		Otro (por favor liste):		
Generación:	Vive con el niño:		Sí	No	
Apto. #:	Teléfono Celular:				
Dirección:	Teléfono de Casa:		¿Privado?:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Urbanización:	Teléfono del Trabajo:				
Ciudad:	Fecha de Nacimiento:				
Estado/Código Postal:	Empleador:				

Por favor suministre una dirección de correo electrónico					

INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: Debe tener 18 años de edad o mayor.					
Importante En el evento de una emergencia, las personas listadas aquí serán contactadas si el padre/guardián no puede ser encontrado.	Primer Nombre:		Primer Nombre:		
	Apellido:		Apellido:		
	Relación:		Relación:		
	Dirección:		Dirección:		
	Ciudad, Estado, Código Postal:		Ciudad, Estado, Código Postal:		
	Teléfono Celular:		Teléfono Celular:		
	Teléfono de la Casa:		Teléfono de la Casa:		
Teléfono del Trabajo:		Teléfono del Trabajo:			

Estudiante:		# de Identificación
--------------------	--	----------------------------

INFORMACION DE CUSTODIA ESPECIAL: Si el niño vive con alguien que no sea su madre o padre natural, por favor indique:		INFORMACION ADICIONAL	
Nombre:		¿Ha sido el estudiante expulsado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Relación:		¿Ha estado en un programa para Superdotados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Existen Documentos de Custodia para este Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tiene su niño (documentación requerida):	
Si así es, por favor presente una copia de los papeles para el archivo.		Un PEI (Plan de Educación Individualizada)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Un Plan de Acomodaciones 504	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIAL DE EDUCACION: Por favor liste la experiencia escolar más reciente de su niño (incluyendo preescolar, si es aplicable).	
Nombre de la persona o programa:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
<input type="checkbox"/> Casa/Niñera <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Programa de Educación Temprana	
¿Recibió su niño alguno de los siguientes servicios en la escuela anterior? <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Título I <input type="checkbox"/> Inglés como 2º Idioma <input type="checkbox"/> Otro:	

INFORMACION DE EDAD DE LOS HERMANOS							
Nombre:				Nombre:			
Edad:	Grado:	Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.		Edad:	Grade:	Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
Escuela:				Escuela:			
Nombre:				Nombre:			
Edad:	Grado:	Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.		Edad:	Grade:	Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
Escuela:				Escuela:			

ARREGLOS PARA LA GUARDERIA	
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono:	

INFORMACION DE TRANSPORTE:		
Por favor marque la casilla que aplique para su niño.		Comentarios: Si la parada del autobús escolar es diferente de la dirección de su casa, por favor liste la dirección en esta columna y complete el Formulario de Transporte a la Guardería.
A la Escuela	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la casa	
	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la guardería	
	Mi hijo caminará a la escuela cada día	
	Mi hijo será conducido a la escuela cada día	
De la Escuela	Mi hijo tomará el autobús desde la escuela a la casa	
	Mi hijo tomará el autobús a la guardería después de la escuela	
	Mi hijo caminará a la casa después de la escuela cada día	
	Mi hijo será recogido de la escuela cada día	

Certifico que soy un residente actual del Estado de Delaware y que todas las declaraciones en esta formulario hechas por mí son verdaderas, completas y correctas a mi leal saber y entender, y están hechas de buena fe. Al firmar este formulario, entiendo que dar una respuesta falsa o falsa a cualquiera de las preguntas en este formulario podría resultar en cargos criminales de hacer una declaración falsa (11 Del. Code, Capítulo 5, Parte IV, §1233). §1233 Hacer una declaración falsa que la persona sabe que es falsa o no cree que sea cierta en un instrumento escrito que lleva una notificación, autorizada por la ley, en el sentido de que las declaraciones falsa contenidas en ella son punibles. Hacer una declaración escrita falsa es un delito menor de clase A (11 Del. C. 1953, §1233; 58 Del. Leyes, c. 497, §1; 67 Del. Leyes, c.130, §8; 70 Del Leyes, c 186, §1.)

Firma del Padre/Guardián/Pariente a Cargo	Fecha
---	-------

Información Sobre Cómo el Distrito Escolar Christina Comparte la Información del Estudiante		
El Distrito Escolar Christina reconoce la necesidad de proteger la información y privacidad del estudiante mientras promueve actividades educacionales y extra-curriculares en medios de comunicación del distrito y externos. La Lay Federal (FERPA) le permite al distrito liberar información publicable bajo circunstancias limitadas. La información publicable es información sobre un estudiante que generalmente no es considerada invasión de la privacidad, como el nombre, dirección, fotografías, actividades y deportes. Si usted desea que el distrito no libere esta información o incluya a su niño en artículos y fotos, por favor visite: http://www.christinaK12.org/apps/pages/ferpa .		
Signature of District Employee accepting Registration	Location	Date

Estudiante: _____	# de Identificación _____
--------------------------	----------------------------------

Actualización del Historial de Salud del Estudiante: Esta información será compartida con personal y la administración cuando sea absolutamente necesario, y con personal médico de urgencia en caso de una emergencia, a menos que usted indique lo contrario.

1. ¿Ha estado el niño fuera del país por más de un mes en el año? Sí No

Si es así, Donde? _____

2. Usted, su hijo o alguien en su hogar ha dado positivo por COVID-19? Sí No

**En caso afirmativo, comuníquese con su enfermera*

3. Por favor marque si el niño tiene dificultad con alguna de las siguientes. Incluya fechas e información adicional en la sección de comentarios.

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Perforaciones/Tatuajes | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Habla |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas Óseos | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Riñón | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Conducta | <input type="checkbox"/> Intestino/Vejiga | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física | <input type="checkbox"/> Visión |

Otro: _____

Un Plan de Acción de Asma ó Convulsiones completado por un proveedor de salud licenciado es requerido para todos los estudiantes con Asma ó Convulsiones

Comentarios: _____

4. ¿Tiene su niño alergias a medicina, látex o picadas de insectos? Sí No

¿A Qué?: _____ ¿Qué Pasa? _____

Tratamiento: _____

5. ¿Tiene su niño alergia a comida diagnosticado por un proveedor de salud licenciado ? Sí No

¿A Qué?: _____ ¿Qué Pasa? _____

Tratamiento: _____

Un Plan de Acción de Alergia a la Comida completado por un proveedor de salud licenciado es requerido para todos los estudiantes con alergias.

6. ¿Ha sido visto su niño a un proveedor de la salud desde que la escuela terminó en junio? Sí No

¿Para Qué? _____

7. ¿Está su niño siendo tratado o evaluado por alguna condición de salud? Sí No

Liste las condiciones: _____

8. ¿Está su niño tomando alguna medicina o en algún tratamiento? Sí No

Nombre del medicamento o tratamiento: _____

¿Necesita su niño medicamentos durante las horas de escuela? *Si es así, contacte a la enfermera escolar para hacer arreglos.* Sí No

9. ¿Se le ha prescrito a su niño anteojos o lentes de contacto? Sí No

Fecha del último examen: _____ Si su niño usa anteojos o lentes de contacto, ¿cuándo se cambió la prescripción por última vez? _____

10. ¿Ha experimentado su niño algún evento importante de la vida, como una mudanza reciente, muerte, separación, divorcio, etc., desde el final del último año escolar? Sí No

**En caso afirmativo, comuníquese con su enfermera o consejero escolar.*

Información Médica			
Médico Familiar:	_____	Teléfono	_____
Dentista Familiar:	_____	Teléfono	_____

Yo doy permiso para que mi niño tome Acetaminofén (Tylenol®) como lo determine la enfermera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Yo doy permiso para que mi niño tome Ibuprofeno (Advil®) como lo determine la enfermera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Yo doy permiso para que mi niño tome crema de primeros auxilios ___ Caladryl® ___ Tums® ___	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Firma del Padre/Guardián: _____	Fecha: _____

Procedimientos de Emergencia Escolar: Las escuelas han adoptado los siguientes procedimientos que serán implementados para cuidar a su niño cuando él/ella se enferme o lastime en la escuela. En emergencias extremas la escuela buscará cuidado médico inmediato.

En caso de emergencia y/o necesidad de cuidado médico u hospitalario:

- | | |
|---|---|
| 1. La escuela llamará a la casa. Si no hay respuesta, | 5. Basado en el juicio médico del doctor de turno, el estudiante puede ser admitido a un centro médico local. |
| 2. La escuela llamará al padre/guardián 1º padre/guardián, 2º al lugar de trabajo del padre/guardián. Si no hay respuesta, | 6. La escuela continuará llamando a los padres, guardianes, y médicos hasta que alguien sea contactado. |
| 3. La escuela llamará a los otros números de teléfonos listados y al médico. | 7. La información en este formulario puede ser compartida con personal médico de emergencia. |
| 4. Si ninguno de estos responde, la escuela llamará una ambulancia, si es necesario, para transportar al estudiante a un centro médico local. | |

Si yo no puedo ser contactado y las autoridades de la escuela han seguido los procedimientos descritos anteriormente, yo estoy de acuerdo en asumir todos los gastos de transporte y cuidado médico de este estudiante. También doy mi consentimiento para cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento de diagnóstico o la administración de anestesia, lo cual se puede llevar a cabo basado en el juicio del médico de turno.

Firma del Padre/Guardián: _____	Fecha: _____
--	---------------------