



<b>Estudiante:</b>		<b># de Identificación</b>
--------------------	--	----------------------------

<b>INFORMACION DE CUSTODIA ESPECIAL: Si el niño vive con alguien que no sea su madre o padre natural, por favor indique:</b>		<b>INFORMACION ADICIONAL</b>	
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		<b>Tiene su niño (documentación requerida):</b>	
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

<b>HISTORIAL DE EDUCACION: Por favor liste la experiencia escolar más reciente de su niño (incluyendo preescolar, si es aplicable).</b>	
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:	

<b>INFORMACION DE EDAD DE LOS HERMANOS</b>							
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:			

<b>ARREGLOS PARA LA GUARDERIA</b>	
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono:	

<b>INFORMACION DE TRANSPORTE:</b>		
<b>Por favor marque la casilla que aplique para su niño.</b>		<b>Comentarios:</b> 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.
<b>A la Escuela</b>	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la <b>casa</b>	
	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la <b>guardería</b>	
	Mi hijo caminará a la escuela cada día	
	Mi hijo será conducido a la escuela cada día	
<b>De la Escuela</b>	Mi hijo tomará el autobús desde la escuela a la <b>casa</b>	
	Mi hijo tomará el autobús a la <b>guardería</b> 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	

Yo certifico que soy un residente actual del Estado de Delaware y que todas las declaraciones en esta aplicación hechas por mí son verdaderas, completas y correctas según mi conocimiento y creencia, y que son hechas en buena fe. Yo entiendo y reconozco que cualquier declaración falsa u omisión de hechos materiales en el formulario de aplicación puede resultar en el rechazo del formulario de aplicación, descalificación del proceso de lotería si es aplicable, retiro de la ofrecimiento de invitación, y/o terminación de la opción escolar por la agencia de educación local a la cual yo apliqué y el estudiante será retirado de su escuela. **Hacer una declaración escrita falsa puede resultar en cargos criminales (11 Del. C. §1233)**

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

<b>Información Sobre Cómo el Distrito Escolar Christina Comparte la Información del Estudiante</b>		
El Distrito Escolar Christina reconoce la necesidad de proteger la información y privacidad del estudiante mientras promueve actividades educativas 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: <a href="http://www.christinaK12.org/apps/pages/index.jsp?uREC_ID279922&amp;type=d">http://www.christinaK12.org/apps/pages/index.jsp?uREC_ID279922&amp;type=d</a> .		
Signature of District Employee accepting Registration	Location	Date

<b>Estudiante:</b>		<b># de Identificación</b>
--------------------	--	----------------------------

**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. 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"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Perforaciones/Tatuajes	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Infecciones	<input type="checkbox"/> Habla	<b>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</b>
<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	

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

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

¿A Qué?: \_\_\_\_\_ ¿Qué Pasa? \_\_\_\_\_

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

3. ¿Tiene su niño alergia a comida?  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.**

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

¿Para Qué? \_\_\_\_\_

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

Liste las condiciones: \_\_\_\_\_

6. ¿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

7. ¿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? \_\_\_\_\_

8. ¿Ha tenido su niño trastornos emocionales (mudanza, muerte, separación, divorcio) desde que la escuela terminó en junio?  Sí  No

Por favor liste: \_\_\_\_\_

9. ¿Ha estado el niño fuera del país por más de un mes en el año? Si es así, Donde? \_\_\_\_\_

Información Médica			
Médico Familiar:		Teléfono	
Dentista Familiar:		Teléfono	
Seguro Médico:		Tipo	
Número del Certificado:		Grupo No.	# de Medicaid:

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® ___ Anbesol _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Firma del Padre/Guardián:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____

**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:

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

**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.**

<b>Firma del Padre/Guardián:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
--	---------------------