



Información sobre la inscripción

Solo los estudiantes cuyo padre o tutores legales residen, en New Rochelle pueden inscribirse en las escuelas de nuestro distrito. Los estudiantes asisten la escuela de acuerdo con su área de residencia, excepto en el caso de los estudiantes de los programas Magnet. Las pruebas de residencia deben presentarse de acuerdo con la política del distrito. Si la persona que inscribió al niño (a) no figura como padre él/ella debe proporcionar una copia de los siguiente al momento de la inscripción: Orden Judicial Nombrado "Padre por Adopción", "Tutor legal", "Orden de Custodia o Declaración Jurada de Custodia".

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA: Fecha de Inscripción: _____
Fecha de Inicio: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ sexo: M F
¿Fue a la escuela en su país?: Sí No En caso afirmativo ¿qué grado(s) curso? _____
Idioma que se habla en casa: _____

Grado que cursa el estudiante: _____ Último grado que curso: _____ ¿Cuándo? _____
Nombre y dirección de la última escuela: _____
Teléfono (Persona que pueda dar información, si la hubiese): _____
El estudiante asistió a la escuela en New Rochelle?: ¿Cuándo? _____ Dónde? _____
Domicilio de estudiante: _____
calle y no. Apto # ciudad estado código postal
No. (s) de teléfono particular(es): _____

Parent 1 Nombre: _____ Lugar de nacimiento: _____
Domicilio del padre: _____
calle y no. ciudad estado código postal
Email: _____
Teléfono casa: _____ el trabajo: _____ móvil : _____
Profesión : _____ Empleador: _____
Estado civil Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Parent 2 Nombre: _____
Lugar de nacimiento: _____
Domicilio de la madre: _____
calle y no. ciudad estado código postal
Email: _____
Teléfono casa: _____ el trabajo: _____ móvil : _____
Profesión : _____ Empleador: _____
Estado civil Soltera Casada Separada Divorciada Viuda

Nombre del tutor o custodio (si no es uno de los padres): _____
Domicilio: _____
calle y no. ciudad estado código postal
Parentesco con el estudiante: _____
Email : _____
Teléfono casa: _____ el trabajo: _____ móvil : _____
Profesión : _____ Empleador: _____

Dr. Alex Marrero
Interim Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801



Nombre del estudiante: _____

Contacto de emergencia: _____

Relación con el estudiante: _____

Teléfono casa: _____ el trabajo: _____ móvil : _____

Email(s): _____

FIRME EN PRESENCIA DEL PERSONAL DE LA ESCUELA EN LA REGISTRACION :

Imprimir Nombre del padre o tutor que llena el formulario

Firma del padre o tutor que llena el formulario

Fecha



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLO" por sus siglas en inglés)

Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido		
Primer Nombre		Relación con el estudiante
CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR		

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	_____
			<i>especifique</i>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)		_____
			<i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe hablar
			<i>especifique</i>
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe leer
			<i>especifique</i>
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe escribir
			<i>especifique</i>

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Dr. Alex Marrero
Interim Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801



Cuestionario: Estudiante/Familia/Domicilio

Su hijo puede ser elegible para servicios educativos adicionales a través del Título I Parte A, Título I Parte C - Migrante, y / o Asistencia Federal McKinney-Vento. La elegibilidad se puede determinar completando este cuestionario.

Actualmente, ¿está usted y/o su familia en alguna de las siguientes situaciones?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En un refugio | <input type="checkbox"/> En un garage rentado debido a la pérdida de la vivienda |
| <input type="checkbox"/> En un motel o hotel | <input type="checkbox"/> Temporalmente con un adulto que no es el padre / tutor legal del niño, debido a la pérdida de la vivienda |
| <input type="checkbox"/> En un programa de vivienda transicional | <input type="checkbox"/> En un edificio de habitaciones individuales |
| <input type="checkbox"/> En una carro, trailer, o un campamento | <input type="checkbox"/> Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia debido a la pérdida de la vivienda. |
| <input type="checkbox"/> En un trailer renatdo, una casa rodante en una propiedad privada | <input type="checkbox"/> Otro lugar no apto para habitación humana |
| <input type="checkbox"/> Crianza temporaria | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

Es este arreglo temporal de vivienda debido a La pérdida de vivienda o dificultad económica
 Fecha en la cual la familia se mudó a esta vivienda temporal: _____
 Dirección anterior a la vivienda temporal: _____

<i>Nombre del estudiante</i>			<i>Fecha de nacimiento</i>	<i>Grado</i>	<i>Nombre de la escuela</i>
<i>Nombre</i>	<i>Apellido</i>	<i>M/F</i>			

El firmante certifica que la información proveída es correcta

Imprima nombre del padre/guardián	Firma	Fecha
-----------------------------------	-------	-------

Teléfono	Calle y No.	Ciudad	Estado	Código Postal
----------	-------------	--------	--------	---------------

SCHOOL USE ONLY

***Note to school personnel:** If any box above is checked, other than "none of the above" please refer family to District Liaison and fax this form to: Pupil Personnel Services, Dr. Rhonda Jones ay (914) 576-

District McKinney-Vento Liaison: Based on the above information, I certify that the above named student/family is eligible for benefits under the McKinney-Vento Act.

McKinney-Vento Liaison	Signature	Date
------------------------	-----------	------



Dr. Alex Marrero
Interim Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801

TARJETA DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

AÑO ESCOLAR: 20_____

La ley estatal exige que tengamos la siguiente información en el archivo. Esta información nos permitirá comunicarnos con usted o su designado en caso de un accidente o enfermedad de su hijo.

Magnet

Escuela de la zona de origen

Nombre Estudiante: _____ Maestro: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo de la madre/guardián: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Dirección de la case (si es diferente del estudiante)

Padre/Guardián nombre completo: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Dirección de la case (si es diferente del estudiante)

¿Ha cambiado su número de teléfono desde el año pasado? SI NO

¿Ha cambiado su dirección desde el año pasado? SI NO



Dr. Alex Marrero
Interim Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801

AÑO ESCOLAR: 20_____

Nombre del médico de casa: _____ Teléfono: _____

Alergias: _____

Si no me pueden contactar, autorizo a las siguientes personas a recoger a mi hijo en una emergencia :

1. Persona: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono/Móvil: _____

2. Persona: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono/Móvil: _____

3. Persona: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono/Móvil: _____

¿HAY ALGUNA ORDEN DE PROTECCIÓN, DERECHOS DE VISICIÓN DE LA CUSTODIA O ORDEN DE RESTRICCIÓN? SI ES ASÍ, LA OFICINA PRINCIPAL DEBE TENER UNA COPIA DE LOS DOCUMENTOS JUDICIALES.

ENFERMEDAD O LESIÓN

Si el estudiante se enferma en la escuela o se lesiona, la enfermera hará todo lo posible para contactarlo. Si no puede comunicarse con usted por teléfono, se comunicará con su médico de familia o enviará al niño al hospital a menos que usted le dé otras instrucciones. La escuela de ninguna manera asume responsabilidad financiera.

Firma del padre/guardián que completo esta tarjeta

Imprima nombre

Fecha



Dr. Alex Marrero
Interim Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801

SOLICITUD DE TRANSPORTE

SCHOOL YEAR: 20_____

OFFICE USE ONLY	<input type="checkbox"/> Magnet	<input type="checkbox"/> CILA	<input type="checkbox"/> Kaleidoscope
AM BUS:	_____	TIME: _____	AM STOP: _____
PM BUS:	_____	TIME: _____	PM STOP: _____
BUS COMPANY:	_____		
	START DATE:	_____	

Padre/Tutor: Completa una solicitud para cada estudiante que se está inscribiendo. El personal de la oficina de transporte identificará y notificará a aquellos estudiantes que cumplen con el requisito de 1.5 millas por correo **a fines de agosto**.

FAVOR DE IMPRIMAR CLARAMENTE. INFORME LOS CAMBIOS DE NÚMERO DE TELÉFONO A LA OFICINA DE TRANSPORTE INMEDIATAMENTE.

Marque UNO: nuevo estudiante Cambio de dirección Cambio de escuela

Escuela: _____ Grado: _____ M F

Número Identificación del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Primer Nombre

Dirección: _____
Calle APT.

Ciudad Estado Código Postal

Padre/Tutor Legal

Madre: _____ Padre: _____

Madre - Teléfono móvil: _____ Padre - Teléfono móvil: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____



Dr. Alex Marrero
Interim Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801

Firma del Padre/Tutor: _____

Relación al Estudiante: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación al Estudiante: _____ Número de teléfono _____

Dr. Alex Marrero
Interim Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801



TRANSPORTE - APLICACIÓN DE CUIDADO CUIDADO DE NIÑOS

AÑO ESCOLA: 20 _____

DEVOLVER A:

City School District of New Rochelle
Office of Transportation
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801

Marque UNO: Cuidado de niños Instrucción religiosa

Nombre del Estudiante: _____

Dirección del Estudiante: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Escuela: _____ **Sexo:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Grado para Septiembre del 2020 (Marque uno): K 1 2 3 4 5

Información del Padre/Tutor

Madre _____ **Padre** _____

Número de teléfono _____ **Número de teléfono alterno.** _____

Dirección de Correo Electrónico. _____

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal _____

Relación al Estudiante: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: _____

Número de teléfono: (_____) _____

OFFICE USE ONLY

Start Date: _____ **Bus Company:** _____

Bus Route: _____ **Bus Stop:** _____



Dr. Alex Marrero
Interim Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801

¿Eres elegible para el transporte de casa a la escuela? Sí _____ No _____

Fecha de Solicitud: _____ (TOMARÁ HASTA 10 DÍAS PARA PROCESAR)

A. ANTES DE LA ESCUELA _____
Nombre y dirección del Centro de Cuidado o Programa de Instrucción Religiosa.

DÍAS DE LA SEMANA (CÍRCULO) LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES

NOMBRE DEL ADULTO EN EL CENTRO DE CUIDADO DE NIÑOS: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

B. DESPUES DE LA ESCUELA _____
Nombre y dirección del Centro de Cuidado o Programa de Instrucción Religiosa.

DÍAS DE LA SEMANA (CÍRCULO) LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES

NOMBRE DEL ADULTO EN EL CENTRO DE CUIDADO DE NIÑOS: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

OFFICE USE ONLY

Start Date: _____ Bus Company: _____

Bus Route: _____ Bus Stop: _____



Dr. Alex Marrero
Interim Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801

FORMA DE CONTACTO EN CASO DE SALIDA

Fecha: _____

Por favor imprima

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Dirección

Ciudad/Calle/Código postal

Salida Temprana de Emergencia

En el caso de una salida temprana debido a una emergencia (clima, etc.) por favor indique cómo su hijo/a debe ir a su casa.

Por favor marque en las cajas que apliquen:

- Póngase en contacto por teléfono con cualquiera de los adultos enumerados a continuación en caso de emergencia
- Mi hijo/a normalmente camina tiene mi permiso para caminar a casa
- Mi hijo normalmente viaja en autobús tiene mi permiso para que lo lleven a casa
- Mi hijo puede ser entregado a cualquiera de los adultos enumerados a continuación.
- Mi hijo no puede ser entregado a nadie

Todos los estudiantes entregados a un adulto deben ser recibidos y firmados en la oficina del director.

	Nombre	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil
Padre/Guardián #1				
Padre/Guardián #2				
Adulto #1				
Adulto #2				

Dr. Alex Marrero
Interim Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801



Salida Regular

En la salida regular, mi hijo/a:

Camina a casa

Es recogido en la escuela

Personas Autorizadas para recoger a mi hijo/a

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____



Dr. Alex Marrero
Interim Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801

Autorización para la publicación de registros de estudiantes

Las decisiones de la Corte Suprema requieren que las escuelas tengan el consentimiento por escrito de un padre o tutor legal antes de que puedan divulgar los registros de los estudiantes. En el caso de estudiantes de dieciocho años, se debe obtener el permiso del estudiante.

El formulario que se proporciona a continuación autorizará a su última escuela a proporcionarnos transcripciones y registros. Complete la información requerida y firme este formulario.

Última escuela a la cual asistió:	
Dirección:	
Teléfono #:	Último día que asistió:
Consejero:	

Apreciado Director o Registrador:

De acuerdo con los Derechos de Educación Familiar y el As Privado de 1974 (PL 93-390), por la presente le autorizo a divulgar la siguiente información al Distrito Escolar de la Ciudad de New Rochelle para el estudiante mencionado a continuación: registros de salud y exámenes, un funcionario transcripción y la boleta de calificaciones más reciente.

Nombre del padre/guardián (por favor imprima):	
Nombre del estudiante:	
Edad:	Fecha de nacimiento:
Fecha de inscripción en CSDNR:	Nivel de grado:
Firma del padre/guardián:	

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM

TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name:	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies No Medication/Treatment Order Attached Anaphylaxis Care Plan Attached
 Yes, indicate type Food Insects Latex Medication Environmental

Asthma No Medication/Treatment Order Attached Asthma Care Plan Attached
 Yes, indicate type Intermittent Persistent Other : _____

Seizures No Medication/Treatment Order Attached Seizure Care Plan Attached
 Yes, indicate type Type: _____ Date of last seizure: _____

Diabetes No Medication/Treatment Order Attached Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached
 Yes, indicate type Type 1 Type 2 HbA1c results: _____ Date Drawn: _____

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes:
 Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother; and/or pre-diabetes.

BMI _____ kg/m2 **Percentile (Weight Status Category):** <5th 5th-49th 50th-84th 85th-94th 95th-98th 99th and >

Hyperlipidemia: No Yes **Hypertension:** No Yes

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
TESTS	Positive	Negative	Date	Other Pertinent Medical Concerns
PPD/ PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		One Functioning: <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Testicle
Sickle Cell Screen/PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Concussion – Last Occurrence: _____
Lead Level Required Grades Pre- K & K		Date		<input type="checkbox"/> Mental Health: _____
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 10 $\mu\text{g/dL}$				<input type="checkbox"/> Other: _____

System Review and Exam Entirely Normal

Check Any Assessment Boxes Outside Normal Limits And Note Below Under Abnormalities

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Additional Information Attached

Name:	DOB:
-------	------

SCREENINGS

Vision	Right	Left	Referral	Notes
Distance Acuity	20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Distance Acuity With Lenses	20/	20/		
Vision – Near Vision	20/	20/		
Vision – Color <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				
Hearing	Right dB	Left dB	Referral	
Pure Tone Screening			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Scoliosis	Negative	Positive	Referral	
Required for boys grade 9 And girls grades 5 & 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Deviation Degree:		Trunk Rotation Angle:		

Recommendations:
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK

Full Activity without restrictions including Physical Education and Athletics.

Restrictions/Adaptations Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications

No Contact Sports **Includes:** baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling

No Non-Contact Sports **Includes:** archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field

Other Restrictions:

Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY
 Grades 7 & 8 to play at high school level **OR** Grades 9-12 to play middle school level sports
 Student is at **Tanner Stage:** I II III IV V

Accommodations: Use additional space below to explain

<input type="checkbox"/> Brace*/Orthotic	<input type="checkbox"/> Colostomy Appliance*	<input type="checkbox"/> Hearing Aids
<input type="checkbox"/> Insulin Pump/Insulin Sensor*	<input type="checkbox"/> Medical/Prosthetic Device*	<input type="checkbox"/> Pacemaker/Defibrillator*
<input type="checkbox"/> Protective Equipment	<input type="checkbox"/> Sport Safety Goggles	<input type="checkbox"/> Other:

*Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.

Explain: _____

MEDICATIONS

Order Form for Medication(s) Needed at School attached

List medications taken at home:		

IMMUNIZATIONS

Record Attached Reported in NYSIIS Received Today: Yes No

HEALTH CARE PROVIDER

Medical Provider Signature:	Date:
Provider Name: <i>(please print)</i>	Stamp:
Provider Address:	
Phone:	
Fax:	

Please Return This Form To Your Child’s School When Entirely Completed.



CITY SCHOOL DISTRICT OF NEW ROCHELLE
HEALTH SERVICES DEPARTMENT

HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:
Nombre del Padre/Tutor legal:	Grado:	Tel. de casa:	Celular:
	Correo electrónico:		Fecha:

Historia clínica de su hijo/a	SI	NO	Si la respuesta es SÍ, explique e incluya la fecha
Nació prematuro o tuvo complicaciones después del nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene una enfermedad médica o de desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ve a algún especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene alergias severas o anafilaxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Insectos <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Otra Especifique:
Ha sido hospitalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una operación/cirugía requerida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una lesión que requirió visitar la sala de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faltó a la escuela por 5 días consecutivos debido a una enfermedad o lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una lesión muscular u ósea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se desmayó, tuvo una conmoción cerebral o lesión grave en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una convulsión, tiene un trastorno convulsivo o epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene un problema o condición de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lentes o gafas <input type="checkbox"/> lentes de contacto
Tiene un problema o condición auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dispositivo auditivo <input type="checkbox"/> implante coclear
Usa un puente, frenos, boquilla (protector), dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algún miembro de la familia menor de 50 años:	SI	NO	Si la respuesta es SÍ, especifique:
Tuvo un ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Han tenido otros problemas de salud serios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MARQUE TODO LO QUE LE APLIQUE A SU HIJO/A

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Problemas del Habla |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Intervención Temprana/Comité |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental (Depresión, Desorden Alimenticio, Ansiedad, Desorden Obsesivo Compulsivo, | Preescolar de Educación Especial/Comité de Educación Especial |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | servicios _____ |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del oído | | |
| <input type="checkbox"/> Condiciones Gastrointestinales (úlceras, reflujo, síndrome del intestino irritable) | Trastorno de Oposición Desafiante, etc.), | |
| | <input type="checkbox"/> Escoliosis/Discapacidad Ortopédica | |
| | <input type="checkbox"/> Único Órgano (<input type="checkbox"/> riñón, <input type="checkbox"/> testículo) | |
| | <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel | |

MEDICAMENTOS ACTUALES	SI	NO	Indique el nombre, la dosis y el horario
Administrados en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Administrados en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EQUIPO DE ASISTENCIA	SI	NO	Por favor marque todos los que apliquen
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> andadera <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> otro:
TRATAMIENTOS	SI	NO	
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> insulina/supervisión de la glucosa sanguínea <input type="checkbox"/> inhalador/nebulizador/Supervisión del flujo espiratorio máximo <input type="checkbox"/> dieta especial

¿Hay alguna condición que impida que su hijo/a participe en educación física o deportes?

No Si: _____

Por favor enumere cualquier preocupación adicional: _____

Firma del Padre/Tutor legal: _____ **Fecha:** _____