

Estudiante: _____

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 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.

- ADD/ADHD Sangrado Varicela Corazón Convulsiones Otro: _____
 Alergias Perforaciones/Tatuajes Diabetes Infecciones Habla
 Asma Problemas Óseos Emocional Riñón Cirugía _____
 Conducta Intestino/Vejiga Audición Discapacidad Física 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 una alergia a la 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. ¿Requiere su niño un menú individualizado y libre de alérgenos diseñado por los Servicios de Nutrición?

Nota: Las Comidas hechas en casa proveen las opciones más seguras en la escuela para estudiantes con alergias a comida.

No. Yo tomaré toda la responsabilidad de proveer a mi niño las comidas libres de alérgenos en la escuela.

Sí. Yo entregaré a la enfermera escolar un Plan de Acción de Alergia a la Comida completado por un proveedor de salud licenciado

5. ¿Su niño ha visitado un proveedor de salud desde que la escuela terminó en junio? Sí No

¿Para Qué? _____

6. ¿Su niño está siendo tratado o evaluado para alguna condición de salud? Sí No

Liste las condiciones: _____

7. ¿Su niño está tomando alguna medicina o en algún tratamiento? Sí No

Nombre del medicamento o tratamiento: _____

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

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

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

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

Por favor liste: _____

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®) si es determinado por la enfermera. Sí No

Yo doy permiso para que mi niño tome Ibuprofeno (Advil®) si es determinado por la enfermera. Sí No

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

Procedimientos de Emergencia Escolar: Las escuelas han adoptado los siguientes procedimientos que serán utilizados 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 casa. Si no hay respuesta,
2. La escuela llamará al 1º lugar de trabajo del padre/guardián, o al 2º lugar de trabajo del padre/guardián. Si no hay respuesta,
3. La escuela llamará los otros números de teléfonos listados y al médico.
4. Si ninguno de estos responde, la escuela llamará una ambulancia, si es necesario, para transportar al estudiante a un centro médico local.
5. Basado en el juicio médico del doctor de turno, el estudiante puede ser admitido a un centro médico local.
6. La escuela continuará llamando a los padres, guardianes, y médicos hasta que uno sea contactado.
7. 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 a 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:** _____

Estudiante: _____

INFORMACION ESPECIAL DE CUSTODIA: 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 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.

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	

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 u oferta de invitación, y/o terminación de la opción escolar por la agencia de educación local receptora a la cual yo apliqué.

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

Información Sobre Cómo el Distrito Escolar Colonial Comparte la Información del Estudiante

El Distrito Escolar Colonial reconoce la necesidad de proteger la información y privacidad del estudiante mientras promueve actividades educacionales y extra-curriculares en medios del distrito y externos. La Ley Federal (FERPA) le permite al distrito liberar información bajo circunstancias limitadas. La información del directorio 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 obtenga un formulario de consentimiento en la oficina de la escuela de su niño.

Estudiante:



DEPARTMENT OF EDUCATION

Townsend Building
401 Federal Street Suite 2
Dover, Delaware 19901-3639
DOE WEBSITE: <http://www.doe.k12.de.us>

Susan S. Bunting, Ed.D.
Secretary of Education
Voice: (302) 733-4000
FAX: (302) 739-4654

Departamento de Educación de Delaware - Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

Fecha: _____

Escuela: _____

Spanish

El Departamento de Educación de Delaware exige a las escuelas que determinen el/los idioma(s) que los estudiantes hablan en el hogar. La información proporcionada solo será utilizada para decidir si el estudiante reúne los requisitos para comenzar el proceso de adquisición del inglés como segunda lengua y no será utilizada para temas relacionados con la inmigración ni se informará a las autoridades migratorias.

Información sobre el estudiante			
Nombre:		País de origen:	
Apellido:		Fecha de ingreso en EE. UU.:	
Fecha de nacimiento:		Fecha en la que el estudiante se inscribió por primera vez en una escuela de EE. UU.:	

Haga un círculo en los grados a los que su hijo asistió en escuelas de EE. UU.

PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

¿Durante cuántos meses el estudiante ha estado inscrito en una escuela de EE. UU? _____

1. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

2. ¿Cuál es el idioma que su hijo usa con mayor frecuencia en el hogar?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

3. ¿Cuál es el idioma que usted utiliza con más frecuencia para hablar con su hijo?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

4. ¿Qué idioma (s) aparte del inglés se hablan en su casa?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

5. ¿Con qué idioma preferiría recibir información de la escuela?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

Nombre del padre

Firma del padre

Fecha

LEA: Please have all families complete this home language survey at the student's initial enrollment in school. This form must be signed and dated by the parent or guardian and kept in the student's file. (If a language other than English or Non-US English is listed on questions 2-3, the LEA must continue with a records review, step 2 of the English learner identification process.)



Delaware McKinney-Vento Student Residency Questionnaire

This **Student Residency Questionnaire** is intended to address the McKinney-Vento Act. Your answers will help the school personnel determine residency documents necessary for enrollment of this student. Information provided on this form is confidential.

Name of Student: _____ D.O.B.: _____ Grade: _____ Male Female

Name of Current School: _____ Name of Last School: _____

Is your current address a **temporary** living arrangement? Yes No

If you answered 'YES', please complete all questions on this form.

If you answered 'No', you may stop here. You do not need to complete this form.

1. Do you live in any of these following situations?

- Sharing the housing of other persons due to: (check one)
 - Loss of housing, economic hardship or a similar reason (example: evicted, lost job, etc.)
 - Explain: _____
 - Long-term, cooperative living arrangement to save money or a similar reason
 - Other (please specify): _____
- In a motel, hotel, campground or similar setting due to: (check one)
 - Lack of alternative adequate accommodations,
 - Explain: _____
 - A convenient living arrangement or waiting for apartment or house to be ready
 - Other (please specify): _____
- In an emergency or transitional shelter such as a domestic violence shelter or a homeless shelter or transitional housing or other shelter
- Have a primary nighttime residence that is a place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for humans
- In a car, park, public space, abandoned building, substandard housing, bus or train station, or similar setting
- None of the above

2. How long do you anticipate living at this location? _____

3. The student lives with:

- Parent(s) or legal guardians(s)
- Relative(s), friend(s), or other adults(s) who are not the parent or the legal guardian
- Alone with no adults

4. Please list the name and ages of any children living with you that you have guardianship of:

- A. _____ C. _____
- B. _____ D. _____

I am the parent/legal guardian of _____, who is of school age and who is seeking enrollment in the school district.

I understand that presenting a false record of falsifying records is an offense under Federal and state laws and enrollment of the child under false documents subjects the person to liability for tuition and other costs.

Printed Name: _____

Signature: _____ Date: _____ Email: _____

Address: _____

Phone Number with Area Code: _____ Emergency contact Phone Number with Area Code: _____