

**Caddie Woodlawn Elementary School - Grado \_\_\_\_\_**

**Inscripción Anual – Historia de Salud – Año 2017-18**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ (dejar en blanco: # del Estud: \_\_\_\_\_)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ (Dejar en blanco: # del locker \_\_\_\_\_ Salón de Clase \_\_\_\_\_)

Millas de Casa a Escuela: \_\_\_\_\_ Condado de Residencia \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Código Postal \_\_\_\_\_

# de Teléfono: \_\_\_\_\_ # del Celular: Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

E-mail: Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

Vive con: \_\_\_\_\_ (ej. Sr. Y Sra.; Srta.; etc.)

\_\_\_\_\_ Padre y Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre & Madrastra \_\_\_\_\_ Madre & Padrastra

\_\_\_\_\_ Padres de Acogida \_\_\_\_\_ Tutor \_\_\_\_\_ Otro

**Favor de Contestar AMBOS Preguntas:**

1. ¿Es el estudiante latino/hispanoamericano?: \_\_\_\_\_ SI o \_\_\_\_\_ NO

2. **Escoja 1 o más. Tiene que marcar 1 o más:**

\_\_\_\_\_ Indio Americano o Nativo de Alaska

\_\_\_\_\_ Negro o Afroamericano

\_\_\_\_\_ Caucasiano

\_\_\_\_\_ Nativo de Hawái u Otro Islandés del Pacifico

\_\_\_\_\_ Aciano

Nombre en Completo del Padre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono del Padre: \_\_\_\_\_ # del Patrón: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre en Completo de Madre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Madre: \_\_\_\_\_ # del Patrón: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Escuela Anterior del Estudiante: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Doctor de la Familia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Persona alterna contactar acaso de emergencia:

1. \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Escribe las condiciones medicas que requieren acción inmediata o tratamiento especial en la escuela (ej. asma, diabetes, reacción alérgica severa, epilepsia, incapacidad de oír.) La información de salud se comparte con los empleados de la escuela dependiente de la necesidad. (Contacte a la enfermera de la escuela si un plan específico de la salud sea necesario.)

Anote los medicamentos que tome su hijo regularmente \_\_\_\_\_

(Si el estudiante necesita tomar algo durante su día escolar, contacte la escuela para las hojas que necesita completar y firmar.)

Escribe las vacunas que ha recibido a su hijo/a desde hace un año. Tipo y fecha dada. \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha recibido la ayuda de algún programa especial (Educación Especial 504, Title 1, Clases Avanzadas)?

\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Al caso de ser si, explique \_\_\_\_\_

**Doy permiso a la Escuela Primaria de Durand, en el Distrito de Durand-Arkansaw, permiso obtener servicios médicos profesionales cuando no se puede contactar a los padres o guardianes o cuando la atención medica sea necesaria inmediatamente.**

\_\_\_\_\_  
(Firma de Padre o Guardián)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Lugar del Nacimiento del Niño: \_\_\_\_\_

Ciudad, Condado, Estado, País (al no ser USA)