

# INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

¿Su estudiante tiene problemas de salud?  Si  No

**Cuestionario de salud requerido para todos los estudiantes.**

¿Requiere su hijo(a) medicamentos en la escuela?  Si  No

**Al marcar si, llene la forma de medicamentos. Informase en la oficina de la escuela.**

¿Usted tiene Seguro Medico?  SI  No

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Póliza \_\_\_\_\_

**Por favor, lea y escriba sus iniciales en las siguientes declaraciones:**

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea liberado a mí o mi cónyuge o a un amigo / familiar que he designado y / o para ser trasladado en ambulancia al hospital más cercano en caso de emergencia.

Entiendo que el **Distrito Escolar de Tillamook no proporciona cobertura médica / dental de accidentes para estudiantes** con lesiones / enfermedades que se producen en la escuela. Yo entiendo que puedo adquirir voluntariamente un plan de seguro de accidentes para el estudiante.

**Además reconozco que soy financieramente responsable** de servicios médicos, dentales, ambulancia, u otros gastos de atención médica o transporte de mi hijo en casa, lo que podría ocurrir como resultado de tal enfermedad o lesión.

A que escuela asistió anteriormente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Nombre de hermanos: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Nombre de hermanos: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

## DIVULGAR/PUBLICAR INFORMACION DEL DIRECTORIO

**Por favor de de revisar el Manual para los Estudiantes/Padres, Avisos anuales. La escuela debe ser notificada dentro de 15 días de este aviso si usted no quiere que la información directorio de su estudiante sea publicada.**

**Etnicidad/Raza - Por favor de contestar el #1 y el #2:**

1.  Hispano/Latino  No Hispano/Latino

2.  Amerindio / Indígena de Alaska  Asiático  Negro / Afroamericana

Indígena de Hawai / Isleño del pacifico  Blanco

## Idioma en Casa

Encuesta sobre el idioma usada en casa:	Ingles	Español	Otro
1. ¿Que idioma aprendió primero <u>su hijo(a)</u> cuando el/ella comenzó a hablar?			
2. ¿Que idioma se habla mas frecuente <u>por los adultos</u> en casa?			
3. ¿Que idioma prefiere, cuando la escuela se comunica con usted sea verbal o por escrito?			

Yo declaro que la información arriba es, a mi sabiendas, exacta y verdadera:

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tillamook School Dist. # 9  
East Elementary School  
3905 Alder Lane Tillamook, OR 97141  
Phone: (503) 842-7544 Fax: (503) 842-1246

SCHOOL YEAR \_\_\_\_\_

# Tarjeta de Registracion

Por favor de imprimir claramente. Regrese esta forma a la oficina principal.

## INFORMACION SOBRE EL ESTUDIANTE

Nivel de Grado  4  5  6

Nombre LEGAL del estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Nombre PREFERIDO del estudiante: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Varon  Hembra

Se tiene que proveer un comprobante sobre la fecha de nacimiento (solamente para nuevos estudiantes)

Para la oficina solamente Office use only: Vital Record/Birth Certificate \_\_\_\_\_ Hospital Record \_\_\_\_\_ Hospital Certificate \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

El estudiante vive con: Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### PRIMARIO ~ PADRE/GUARDIAN

Domicilio/teléfono igual que el estudiante

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Marque si el padre/tutor es un miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo o de la Guardia Nacional de tiempo completo.

### SECUNDARIO ~ PADRE/GUARDIAN

Domicilio/teléfono igual que el estudiante a menos que se indique

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Requerido si el domicilio/teléfono es diferente del estudiante

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Marque si la copia de correspondencia se necesita

### Para la oficina solamente

Student I.D. No.: \_\_\_\_\_

Enrollment Date: \_\_\_\_\_

Graduation Year: \_\_\_\_\_

Teacher: \_\_\_\_\_

Fees Paid

Student Rights/Responsibilities Given

Si no se puede alcanzar al Padre/Guardián, el estudiante puede irse con:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

El estudiante no puede irse con: (si aplica)

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_