

TILLAMOOK School District #9

Maestro/a: _____ Grado: _____

PREGUNTAS DE SALUD

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
 Dirección Postal: _____ TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

Mi hijo tiene una condición medical que requiere atención en las escuelas (Atención Medical).

¿SU HIJO (A) TIENE ALGO DE LO SIGUIENTE?

CIRCULE UNA

| | | |
|---|---|--|
| Problemas para escuchar | NO | SÍ |
| Problemas para hablar | NO | SÍ |
| Problemas dental | NO | SÍ |
| ¿Su hijo ha sido visto por un dentista o higienista dental en los últimos 12 meses? | NO | SÍ |
| Problemas visuales | NO | SÍ |
| ¿A su hijo se le han prescrito gafas o lentes de contacto? | NO | SÍ |
| Alergias | NO | SÍ |
| ¿Tiene su niño/a alguna alergia grave por la que el médico ha prescrito Epipen o Epipen Jr? ¿Si sí, cuál es la alergia? | | |
| <input type="checkbox"/> Reacción alérgica severa | <input type="checkbox"/> Alergia insecto | <input type="checkbox"/> Alergia de medicina |
| <input type="checkbox"/> Alergia del entorno | <input type="checkbox"/> Alergia a comida | |
| Diabetes (Si sí, circule una) Tipo 1 Tipo 2 Otro | NO | SÍ |
| Problemas Digestivos (Ulceras, colitis, vómitos, etc.) | NO | SÍ |
| Condiciones Cardiacas | NO | SÍ |
| Si respondió que sí, ¿Cuál es el diagnóstico médico? | | |
| Asma/U otras Condiciones Respiratorias | | |
| ¿Si sí, cuál es el diagnóstico médico? | NO | SÍ |
| Epiléptico (convulsiones, "ataques") | NO | SÍ |
| ¿Si sí, qué clase de ataques (convulsiones)? | | |
| Cáncer – ¿Ha sido su niño diagnosticado con cáncer? | NO | SÍ |
| ¿Si sí, qué tipo de cáncer? | ¿Es tratado su niño/a para el cáncer? | NO SÍ |
| ¿Le duele frecuentemente (y severamente) la cabeza? | NO | SÍ |
| ¿Si sí, qué ayudara a su niño cuándo tiene un dolor de cabeza? | | |
| ¿Ha tenido su niño/a uno o más lesiones en la cabeza o conmociones cerebrales? | NO | SÍ |
| ¿Si sí, cuándo ocurrió? | | |
| Trastorno de sangre (Anemia, Hemofilia, Enfermedad de sangrar) | NO | SÍ |
| Parálisis Cerebral | NO | SÍ |
| Problemas ortopédicos (hueso) | NO | SÍ |
| Problemas de vejiga o intestinos | NO | SÍ |
| Problemas de riñón | NO | SÍ |
| ¿Otra condición anormal de la piel? (eczema o urticaria) | NO | SÍ |
| Si sabes la causa, explica y enlista | | |
| Dieta Especial | NO | SÍ |
| ¿Si sí, qué tipo?: _____ Sólo los estudiantes con la documentación correspondiente en los archivos médicos en la escuela puede tener sustituciones de alimentos en el desayuno escolar/programa de almuerzos. | | |
| Problemas de aprendizaje | NO | SÍ |
| Si sí, explique por favor: | | |
| Trastorno de Deficiencia de Atención/Hiperactividad | NO | SÍ |
| ¿Otra cosa referente a la salud le concierne? | NO | SÍ |
| Si sí, explique por favor: | | |

****La forma sobre medicamentos se debe completar para cada medicamento que se administra durante la escuela.**
****Para proteger su niño/a esta información será compartida con el personal de la escuela que trabajan con su niño/a.**
 Si usted desea hablar con la enfermera de salud sobre cualquier necesidad especial de salud, que su niño(a) posiblemente tenga, por favor de dejar un mensaje en la oficina de la escuela o llame al Departamento de Salud de Tillamook al 503-842-3900.

| |
|--|
| FIRMA DE LOS PADRES/GUARDIA _____ Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> SIN PREOCUPACIONES MÉDICAS |



TILLAMOOK SCHOOL DISTRICT NO. 9
2510 – 1st Street
Tillamook, Oregon 97141

NOTIFICACIÓN DE LA CUSTODIA A LOS PADRES

Por ley, si los padres están legalmente separados o divorciados, cada padre tiene el mismo derecho a la custodia de los niños / los niños **a menos** que un padre tenga una orden judicial que indica cuál de los padres tiene la custodia del niño / niños.

La escuela **debe tener una copia de la orden judicial** en el expediente, de lo contrario, cualquiera de los padres puede recoger al niño de la escuela con identificación apropiada.

Si un padre llega con una orden judicial declarando la custodia actual sobre el padre que inscribió al niño, pueden llevar a los niño / niños después de que los documentos sean verificados, según sea necesario, y después de que se haya hecho todo lo posible para contactar a los padres que haya inscrito al niño.

He leído la declaración anterior de la ley

| Nombre de Estudiante | Grado |
|---------------------------------|--------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| Firma de Padre /Guardian | Fecha |

TILLAMOOK SCHOOL DISTRICT 9

Cuestionario de Residencia del Estudiante

Su hijo puede ser elegible para recibir servicios educativos adicionales a través de Título I Parte A, Título I Parte C-Migrante, y del Decreto Federal de Educación McKinney-Vento. La elegibilidad puede ser determinada por completar este cuestionario.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

1. ¿Está usted y/o su familia en cualquiera de las siguientes situaciones? Marque si es cierto

A. El estudiante se esta quedando con amigos o en sillones **y** no esta viviendo con los padres o guardianes

B. Quedándose en un refugio o en vivienda de transición

C. Compartiendo vivienda con otros porque no tiene donde vivir, dificultades económicas u otras razón similar

D. Viviendo en un carro, parque, campamento, RV, espacio público, edificio abandonado, o la vivienda no es apropiada para su familia

E. Temporalmente viviendo en un motel u hotel

2. ¿Se ha movido a través de los distritos escolares en los últimos 3 años para buscar o obtener trabajo temporal o estacional en cualquier tipo de pesca, agricultura, silvicultura o productos lácteos?

Si

Pare

Si usted **no marcó ninguna de las cajas**, ya no continúe. Entregue el formulario con el resto de los papeles de las registraciones.

Si usted **marcó** cualquiera de las cajas en parte 1, 2 o arriba, por favor complete la forma.

| 3. Nombre del Estudiante | | | | | | |
|---------------------------------|---------|----------|-----|---------------------|-------|----------------------|
| Primero | Segundo | Apellido | M/F | Fecha de Nacimiento | Grado | Nombre de la Escuela |
| | | | | | | |

4. ¿Hay otros niños en la casa?

(Marque uno) Si No ¿Cuántos? _____

En letra de molde Padre/Guardián Firma Fecha

_____ # de teléfono donde pueda ser localizado

Por favor entregue esta forma con los papeles de registración.

For District Use Only: If parent has checked boxes in #1 or #2, make copy for school counselor. Return original form to the District Office, Office of Student Success.

Distrito Escolar de Tillamook #9

(Toda la información es estrictamente confidencial)

| | |
|--|---|
| Nombre de Estudiante: | |
| Círcule el Grado (Escuela): K 1 (Liberty) 2 3 (South Prairie) | Maestro/a: |
| Dirección: | Teléfono de casa: |
| Nombre de madre/guardian: | Nombre de padre/guardian: |
| Teléfono de madre/guardian: | Teléfono de padre/guardian: |
| Teléfono de trabajo de madre/guardian: | Teléfono de trabajo de padre/guardian: |
| FINAL DEL DÍA - Horario De Transporte Regular | |
| Lunes [] Recogido por Nombre : _____ | _____ |
| [] # Autobus _____ | Dirección: _____ |
| Martes [] Recogido por Nombre: _____ | _____ |
| [] # Autobus _____ | Dirección: _____ |
| Miercoles [] Recogido por Nombre: _____ | _____ |
| [] # Autobus _____ | Dirección: _____ |
| Jueves [] Recogido por Nombre: _____ | _____ |
| [] # Autobus _____ | Dirección: _____ |
| Viernes [] Recogido por Nombre: _____ | _____ |
| [] # Autobus _____ | Dirección: _____ |
| LIBERACIÓN DE EMERGENCIA | |
| Solo se realizara llamadas AUTOMATIZADAS de parte del distrito Si su niño no es recogido 10 MINUTOS ANTES DE LA CARGA DE AUTOBUSES, ELLOS serán transportados a la dirección indicada abajo. | |
| Emergencia o salida temprana | # Autobus _____ Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ |

Nombres y números telefónicos de personas recojiendo en caso de emergencia

#1 _____

#2 _____

#3 _____

Firma del padre / Guardian _____ Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Maestro(a) _____

Número del salon _____

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Liberty <input type="checkbox"/> SPrairie <input type="checkbox"/> East |
|--|

La Escuela Elementaria Este
Hoja de Permiso
2016-2017

Esta hoja le dará derecho a su hijo/a asistir a las actividades locales que la escuela tendrá durante el año. Se le informará de todas las actividades escolares por las noticias de la escuela y/o por la información de los maestros. Si hay actividades fuera de Tillamook, les mandamos otra hoja de permiso específicamente para esa actividad; esa forma tiene que estar firmado y entregado antes del viaje.

Viajes y actividades locales incluyen, pero no son limitados a, los siguientes:

- Obras de teatro en la High School
- Boliche
- Festival de la Granja
- Excursiones a empresas locales
- Actividades de otras escuelas
- Biblioteca

Por favor, firme y regrese pronto ésta hoja de permiso a la escuela.

Nombre de padre _____

Firma del padre _____ Fecha _____

El Programa del Comprimido de Flúor 2016-2017

El Programa del Comprimido de Flúor (School Fluoride Program, en inglés) se ofrece en la escuela de su hijo/a a través de la Sección de Salud Bucal de la Oficina de Salud Familiar del Departamento de Servicios Humanos. Mediante este programa, los maestros o la enfermera de la escuela pueden administrar flúor a los niños de dos maneras, ambas aprobadas por la Asociación Americana de Odontología (American Dental Association) y la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics). Los programas funcionan en las zonas donde el agua potable no contiene la cantidad adecuada de flúor para ayudar a combatir las caries. Los programas son: *el programa del comprimido diario* y *el programa de enjuague bucal semanal*. Ambos programas ayudan a combatir las caries.

El maestro o la maestra de su hijo/a o la enfermera de la escuela participa en el *Programa del Comprimido Diario*. Todos los días de clase, los estudiantes que participan en este programa reciben un comprimido de flúor. Los niños mastican el comprimido durante 30 segundos, hacen buches con la mezcla durante 30 segundos, y luego la tragan.

Si su hijo/a ya está tomando comprimidos de flúor diarios o flúor recomendado por su dentista para tomar en el hogar, **no lo inscriba** en este programa. El uso de flúor en el hogar es mejor porque su hijo/a puede tomarlo durante los fines de semana, los días festivos y las vacaciones. Los comprimidos se deben tomar todos los días. Si su hijo/a no está tomando comprimidos de flúor en casa, el programa escolar es un buen comienzo.

No inscriba a su hijo/a en el *Programa del Comprimido Diario* si el agua potable de su hogar contiene flúor. Si no lo sabe, llame al número de teléfono que figura en su factura de agua. Si el agua potable de su hogar proviene de un pozo privado, puede hacer analizar el agua de su pozo para determinar el contenido de flúor.

Este programa voluntario es **gratuito**. Su hijo debe tener por lo menos 3 años de edad y **debe traer este permiso firmado**.

Ante cualquier duda, por favor llame a **Laurie Johnson**, la especialista del Programa de Flúor al 971.673.0339.

Permiso para el Programa del Comprimido de Flúor

Nombre de su hijo/a _____ (En letra de imprenta)

Nombre del (de la) maestro/a _____ Grade _____

- Sí. Mi hijo/a tiene tres años o más y quiero que participe en el Programa del Comprimido de Flúor Diario.
- No. No quiero que mi hijo/a participe en el Programa de Comprimido de Flúor.

Firma del padre, de la madre o tutor

Fecha