

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**

<b>Problemas para escuchar</b>	NO	SÍ
<b>Problemas para hablar</b>	NO	SÍ
<b>Problemas dental</b>	NO	SÍ
¿Su hijo ha sido visto por un dentista o higienista dental en los últimos 12 meses?	NO	SÍ
<b>Problemas visuales</b>	NO	SÍ
¿A su hijo se le han prescrito gafas o lentes de contacto?	NO	SÍ
<b>Alergias</b>	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	
<b>Diabetes</b> (Si sí, circule una)      Tipo 1      Tipo 2      Otro	NO	SÍ
<b>Problemas Digestivos</b> (Úlceras, colitis, vómitos, etc.)	NO	SÍ
<b>Condiciones Cardiacas</b>	NO	SÍ
Si respondió que sí, ¿Cuál es el diagnóstico médico?		
<b>Asma/U otras Condiciones Respiratorias</b>		
¿Si sí, cuál es el diagnóstico médico?	NO	SÍ
<b>Epiléptico (convulsiones, "ataques")</b>	NO	SÍ
¿Si sí, qué clase de ataques (convulsiones)?		
<b>Cáncer</b> – ¿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
<b>¿Le duele frecuentemente (y severamente) la cabeza?</b>	NO	SÍ
¿Si sí, qué ayudara a su niño cuándo tiene un dolor de cabeza?		
<b>¿Ha tenido su niño/a uno o más lesiones en la cabeza o conmociones cerebrales?</b>	NO	SÍ
¿Si sí, cuándo ocurrió?		
<b>Trastorno de sangre</b> (Anemia, Hemofilia, Enfermedad de sangrar)	NO	SÍ
<b>Parálisis Cerebral</b>	NO	SÍ
<b>Problemas ortopédicos (hueso)</b>	NO	SÍ
<b>Problemas de vejiga o intestinos</b>	NO	SÍ
<b>Problemas de riñón</b>	NO	SÍ
<b>¿Otra condición anormal de la piel?</b> (eczema o urticaria)	NO	SÍ
Si sabes la causa, explica y enlista		
<b>Dieta Especial</b>	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.		
<b>Problemas de aprendizaje</b>	NO	SÍ
Si sí, explique por favor:		
<b>Trastorno de Deficiencia de Atención/Hiperactividad</b>	NO	SÍ
<b>¿Otra cosa referente a la salud le concierne?</b>	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.

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



TILLAMOOK SCHOOL DISTRICT NO. 9  
2510 – 1<sup>st</sup> 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

<b>Nombre de Estudiante</b>	<b>Grado</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
<b>Firma de Padre /Guardian</b>	<b>Fecha</b>

# 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.

<b>3. Nombre del Estudiante</b>						
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.