

TARJETA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL ESTUDIANTE

Llene y devuelva este formulario inmediatamente a la escuela. Escriba en forma legible.

Nombre de la escuela _____ Primaria Intermedia Secundaria Otra (encierre con un círculo una de las opciones)

Maestro _____ Año escolar del estudiante _____

Núm. de ID del estudiante _____ Cómo se traslada el alumno hacia/desde (encierre en un círculo una de las opciones): Autobús Camina

Padre conduce Autobús para necesidades especiales Estudiante conduce Otro _____

SU HIJO(A)

Nombre del estudiante: _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Jr., II, etc. _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ País de nacimiento _____ Teléfono del hogar _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección Postal (si es diferente a la dirección) _____ Código Postal _____

¿En qué tipo de vivienda vive? Casa individual unifamiliar o casa móvil Vivienda en serie o dúplex Apartamento o condominio

¿Viven en esta dirección hermanos en preescolar (menores de 4 años)? Sí No ¿Cuántos? _____ ¿Edades? _____

PADRES/TUTORES

1. Sr./Sra./Sra. _____ Parentesco con el menor _____

Dirección _____

Teléfono* (H) _____ (T) _____ (Celular) _____

Correo electrónico* _____ Empleador (nombre de la compañía) _____

2. Sr./Sra./Sra. _____ Parentesco con el menor _____

Dirección _____

Teléfono* (H) _____ (T) _____ (Celular) _____

Correo electrónico* _____ Empleador (nombre de la compañía) _____

Idioma principal que se habla en el hogar _____ ¿Necesita un intérprete para comunicarse con el maestro o escuela? Sí No

*Números de teléfono y dirección de correo electrónico que se pueden utilizar para notificar una emergencia.

CUIDADO TEMPORAL

Enumere a dos adultos cercanos que asumirán el cuidado temporal de su hijo(a) si a usted no lo podemos localizar. IDENTIFIQUE AL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL.

1. Nombre _____ Parentesco con el menor _____

Dirección _____ Teléfono _____

2. Nombre _____ Parentesco con el menor _____

Dirección _____ Teléfono _____

TRANSPORTE EN AUTOBÚS

Número de autobús (AM) _____ Número de autobús (PM) _____

Si su hijo(a) viaja en el autobús y regularmente será recogido o dejado en una parada de autobús alternativa, por favor indíquelo:

Nombre del adulto responsable _____ Teléfono _____

Dirección alternativa de recogida _____ Código postal _____

Número de autobús - Alternativo (AM) _____ Días de recogida alternativa (encierre en un círculo una opción) L M Mi J V

Nombre del adulto responsable _____ Teléfono _____

Dirección alternativa de dejada _____ Código postal _____

Número de autobús - Alternativo (PM) _____ Días de dejada alternativa (encierre en un círculo una opción) L M Mi J V

ACCESO MILITAR A LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

La ley federal permite a los reclutadores militares acceder a los nombres, direcciones y números de teléfono de los estudiantes de secundaria a menos que los padres o estudiantes soliciten anualmente que dicha información no se divulgue. No libere la información de contacto del estudiante. Firma _____

SU HIJO Y LA EXPOSICIÓN EN MEDIOS

En el transcurso de las actividades escolares, el personal de FCPS y/o los medios noticiarios ocasionalmente desean entrevistar, fotografiar o filmar a los estudiantes y/o hacer públicos sus nombres, trabajo o semejanzas en periódicos, televisión, radio o por medios electrónicos como Internet. Esto incluye pero no se limita al cuadro de honor, publicaciones escolares y obras de arte. A menos que se indique lo contrario a continuación, asumiremos su permiso para hacerlo. (FCPS no puede controlar la cobertura de los medios de eventos que están abiertos al público.)

Otorgo mi permiso Firma _____

Niego mi permiso Firma _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD Y EMERGENCIA

Nombre del estudiante _____ Año escolar _____ Escuela _____

CONTACTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Proveedor de atención médica/Médico _____ Teléfono _____

Dentista _____ Teléfono _____

Seguro médico [] Sí Aseguradora médica: _____ [] No

HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE (marque o llene la información que aplique):

Póngase en contacto con la enfermera para establecer un plan de atención para su hijo(a).

Alergias:	Describa brevemente la reacción:
<input type="checkbox"/> Medicamentos (especifique) _____	_____
<input type="checkbox"/> Alimentos (especifique) _____	_____
<input type="checkbox"/> Látex _____	_____
<input type="checkbox"/> Abejas _____	_____
<input type="checkbox"/> Pesticida/Químicos* _____	_____
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	_____

Condiciones crónicas de salud y comentarios:

- Asma _____
- Epilepsia _____
- Diabetes _____
- Otro (especifique) _____

Historial y comentarios adicionales:

- Problemas del oído (especifique) _____
- Problemas de la vista (especifique) _____
- Discapacidades físicas (especifique) _____
- Otro (especifique) _____

Medicamentos: (enumere)

Condición médica tratada:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Si el estudiante requiere medicamentos con o sin receta médica o tratamientos en la escuela, el proveedor de atención médica/médico y padre **debe** llenar y presentar el o los formularios de autorización adecuados. Obtenga los formularios con el personal de salud en la escuela de su hijo(a) o en <http://www.fcps.org/> (luego haga clic en "Forms").

* FCPS utiliza el programa de Gestión Integrada de Plagas para identificar y controlar los problemas de plagas en las escuelas. Las escuelas **primarias** deben notificar al personal y a los padres/tutores de todos los estudiantes 24 horas antes de que los pesticidas se apliquen dentro del edificio de la escuela o en sus instalaciones. Las escuelas **intermedias y secundarias** deben notificar sólo a aquellos padres, tutores o personal que hayan presentado una solicitud por escrito de notificación; los formularios están disponibles en cada escuela y deben actualizarse cada año escolar. (Consulte el Manual del Calendario de FCPS para obtener detalles, o póngase en contacto con su escuela.)

IMPORTANTE: La información que proporcioné acerca de la salud de mi hijo(a) se puede compartir con el personal de FCPS/Departamento de Salud del Condado de Frederick según sea pertinente. En caso de un accidente o enfermedad grave, solicito que el personal de la escuela se ponga en contacto conmigo. En caso de que no me puedan localizar, aquí autorizo al personal de la escuela a llamar al médico indicado ANTERIORMENTE o hacer los arreglos razonables para el máximo beneficio del menor.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____