



Centro de Inscripción

3200 W Cholla St
Phoenix, Arizona 85029

Teléfono: **602-896-6950**

Horario

lunes, martes, jueves, viernes
7: 15 a.m. – 5:00 p.m.

miércoles
7:15 a.m. – 11:30 a.m.
1:30 p.m. – 5:00 p.m.
(Cerrado 11:30 a.m. – 1:30 p.m.)

Lista de documentos para inscripción

NO PODEMOS MANTENER EXPEDIENTES INCOMPLETOS

Se requiere que traigan consigo

1. Acta de nacimiento original certificada del estudiante
2. Cartilla actualizada de vacunas/inmunizaciones del estudiante
3. Comprobante de Domicilio
(Para documentos aceptables referirse al Formulario de Documentación de Residencia de Arizona)
4. Identificación de los padres / tutor

Formularios de Inscripción **UTILICE SÓLO TINTA AZUL O TINTA NEGRA**

1. Información Estudiantil – completar y firmar el formulario
2. Información de Padre/Madre y Contactos de Emergencia – completar y firmar el formulario
3. Formulario de Documentación de Residencia de Arizona – completar y firmar el formulario (incluya el nombre del estudiante que esta inscribiendo)
4. Encuesta de Residencia McKinney Vento – completar apropiadamente de acuerdo a sus necesidades y firmar el formulario
5. Encuesta sobre el Idioma en el Hogar – completar y firmar el formulario
6. Autorización para Compartir Archivos Estudiantiles – completar y firmar el formulario
7. Información Médica Estudiantil – completar y firmar el formulario

Documentos adicionales que pudiese necesitar

- Documentación de guardián/custodia (si corresponde)
- Inscripción Abierta aprobada por el director de la escuela



(ESCUELA)
Información Estudiantil

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA
Synergy Student ID#
Projected Entry Date/Code
Actual Entry Date

NOMBRE LEGAL: (APELLIDOS) / (PRIMER NOMBRE) / (SECUNDO NOMBRE)

GÉNERO: F M FECHA DE NACIMIENTO: (MES) / (DÍA) / (AÑO) ESTADO DE NACIMIENTO:

GRADO PS 04 KG 05 01 06 02 07 03 08 PAÍS DE NACIMIENTO: USA Otro

FECHA DE ENTRADA A LOS EE. UU.:

(SI ES DIFERENTE AL NOMBRE LEGAL)

(SIEL PAÍS DE ORIGEN NO ES ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA)

NOMBRE COMÚN USADO: (APELLIDOS) / (PRIMER NOMBRE)

RAZA - POR LO MENOS SELECCIONE UNA
Negra
Blanca
Asiática
Indígena Americana o Nativo de Alaska
Nativo de Hawái o Islas de Pacifico

ETNICIDAD - SELECCIONE UNA RESPUESTA
¿Hispano/Latino? NO SÍ

¿Su familia afirma tener alguna afiliación tribal indígena americana? NO SÍ
(SI LA RESPUESTA ES SÍ, COMPLETE UN FORMULARIO 506)

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA - 506
Sent Home In Synergy
No Number

Escuela de Asistencia Anterior: Estado: Nivel de Grado:
La escuela a la cual asistió previamente era: Publica Chárter En la Reservación Indígena Privada Parroquial Educado en Casa

¿Ha asistido el estudiante alguna escuela en el estado de Arizona? NO SÍ

¿Ha asistido el estudiante alguna vez a una escuela del Distrito Washington? NO SÍ Escuela Grado(s)

¿ALGUNA VEZ EL ESTUDIANTE:
ha recibido Educación Especial? NO SÍ explique:
ha recibido Servicios Dotados? NO SÍ explique:
ha recibido Servicios de EL o Bilingües? NO SÍ explique:
ha estado expulsado, suspendido a largo plazo o en proceso? NO SÍ explique:
SÓLO PARA USO DE LA OFICINA - SPED
No Docs Docs
Saved
WESD Sped Docs in Synergy
Resource Self-Contained

ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODOS LOS HERMANOS DE ESTE ESTUDIANTE DESDE PREESCOLAR HASTA EL OCTAVO GRADO:

Table with 4 columns: Nombre, Grado, Escuela, Vive con el niño(a) inscrito. Rows 1, 2, 3.

Información de Custodia por Orden Judicial (Documentos Requeridos)
Custodia del Estudiante: Ambos Padres Madre Padre DCS Otro
SÓLO PARA USO DE LA OFICINA
No Docs CSU Trifold Given
Legal Docs (Court, Notice to Provider)
Unofficial Docs CSU Trifold Given
N/A

El Distrito honra todas las órdenes y decretos de la corte en cuanto a situaciones de custodia. Es la responsabilidad de los adultos que tienen custodia del estudiante de entregar a la escuela una copia certificada de la orden de la corte o decreto.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN: X FECHA:

DOMICILIO PRINCIPAL DEL ESTUDIANTE(S) – Domicilio donde el estudiante(s) vive la mayoría del tiempo durante días escolares:

Domicilio Residencial: _____ Apt. _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Domicilio para Correo: _____ / _____ / _____
(SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL) CUIDAD / ESTADO CÓDIGO POSTAL

PADRE/TUTOR SOLAMENTE – Teléfono de casa, celular y correo electrónico serán usados para mensajes automáticos relacionados con asistencias y notificaciones de la escuela o del Distrito.

<input type="checkbox"/> ABC <input type="checkbox"/> BIO	1) Relación al estudiante <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/ Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Vive con el niño(a) inscrito: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si
	Apellido: _____ Nombre: _____ _____ / _____ / _____ DIRECCIÓN - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) CUIDAD / ESTADO CÓDIGO POSTAL Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____
	Servicio Militar (opcional): CIRCULA UNA OPCIÓN Servicio activo o Reserva armada Fecha de inicio del servicio militar: _____
	2) Relación al estudiante <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/ Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Vive con el niño(a) inscrito: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si
Apellido : _____ Nombre: _____ _____ / _____ / _____ DIRECCIÓN - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) CUIDAD / ESTADO CÓDIGO POSTAL Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____	
Servicio Militar (opcional): CIRCULA UNA OPCIÓN Servicio activo o Reserva armada Fecha de inicio del servicio militar: _____	
3) Relación al estudiante <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/ Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Vive con el niño(a) inscrito: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si	
Apellido : _____ Nombre: _____ _____ / _____ / _____ DIRECCIÓN - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) CUIDAD / ESTADO CÓDIGO POSTAL Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____	
Servicio Militar (opcional): CIRCULA UNA OPCIÓN Servicio activo o Reserva armada Fecha de inicio del servicio militar: _____	
4) Relación al estudiante <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/ Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Vive con el niño(a) inscrito: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si	
Apellido: _____ Nombre: _____ _____ / _____ / _____ DIRECCIÓN - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) CUIDAD / ESTADO CÓDIGO POSTAL Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____	
Servicio Militar (opcional): CIRCULA UNA OPCIÓN Servicio activo o Reserva armada Fecha de inicio del servicio militar: _____	

GUARDERÍA – Escriba el nombre de la guardería/proveedor quien pudiese recoger a su hijo(a) después de escuela:

Nombre de la Guardería: _____ #Teléfono: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES – Escriba los nombres de las personas aparte de los Padres/Guardianes que pueden recoger y cuidar provisionalmente a su hijo(a) en caso de una emergencia:

1 Nombre: _____	Relación al estudiante: _____
Celular: _____ # Teléfono del trabajo: _____	Teléfono de casa: _____
2 Nombre: _____	Relación al estudiante: _____
Celular: _____ # Teléfono del trabajo: _____	Teléfono de casa: _____
3 Nombre: _____	Relación al estudiante: _____
Celular: _____ # Teléfono del trabajo: _____	Teléfono de casa: _____

SI HUBIESE LA NECESIDAD DE AÑADIR CONTACTOS ADICIONALES, PUEDE CONTACTAR A LA OFICINA DE LA ESCUELA

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE DOCUMENTACIÓN DE RESIDENCIA DE ARIZONA

Incluyendo al estudiante(s) inscrito, escriba los nombres de todos los hermanos(as) de edad escolar que viven en la dirección que aparece en el documento que ha presentado:

Inscribiendo estudiante: _____ Distrito: **W.E.S.D. #6**

Estudiante: _____ Distrito: **W.E.S.D. #6**

Estudiante: _____ Distrito: **W.E.S.D. #6**

Estudiante: _____ Distrito: **W.E.S.D. #6**

Padre/Guardián Legal _____

ESCRIBA EL NOMBRE

Como Padre/Guardián Legal del estudiante(s), declaro* que soy residente del Estado de Arizona y presento en apoyo de este testimonio una copia de los siguientes **documentos** que **muestran mi nombre y dirección residencial** o descripción física de la propiedad **donde reside el estudiante**:

- ___ Licencia válida de conducir de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o matrícula del vehículo
- ___ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- ___ Documentos de escritura de bienes de raíces o hipoteca
- ___ Factura de impuesto de propiedad (*el más reciente*)
- ___ Acuerdo de alquiler o arrendamiento (*firmado por el propietario y el inquilino*)
- ___ Factura de agua, electricidad, gas, cable de televisión o de teléfono (*el más reciente y usando la dirección del servicio*)
- ___ Declaraciones bancarias o de tarjeta de crédito (*el más reciente*)
- ___ Declaración de salario W-2 (*el más reciente*)
- ___ Talón de pago (*el más reciente*)
- ___ Certificado de inscripción tribal (Formulario 506) o otra identificación expedida por una tribu Indígena reconocida que tiene una dirección en Arizona.
- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración del Seguro Social, Administración de los Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.– (*el más reciente*)
- ___ Instalación temporaria de alojamientos en la base (para familias militares)
- ___ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir tarjeta de identificación consular.
- ___ Actualmente no me es posible proveer ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he provisto una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que declara que yo o/y mi(s) hijo(s) hemos establecido residencia en Arizona con la persona firmando la declaración.

X

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL

FECHA

* Para los miembros de las fuerzas armadas, la provisión de documentación verificable no sirve como una declaración de residencia oficial para los impuestos u otros comprobantes legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar una instalación de alojamiento temporal en la base como la dirección para la prueba de residencia.



Encuesta de Residencia McKinney-Vento

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

School:	_____
Perm ID #:	_____
State ID #:	_____
Grade:	_____
Start Date:	_____

La intención de este cuestionario es dirigirse al Acta McKinney-Vento 42 U.S.C. 11431 etseq. El Acta McKinney-Vento protege a los estudiantes quienes **carecen de una residencia fija, regular o adecuada durante la noche** para obtener acceso a la educación y otros servicios para los cuales son elegibles. La elegibilidad se debe repasar y evaluar nuevamente cada año escolar.

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Estudiante: _____ Género: _____ Fecha de Nacimiento: _____

- Alquilan o son dueños de su propia casa
- Estudiante vive en colocación de cuidado temporal o hogar grupal



Favor de no continuar completando este formulario si marcaron una de las cajas arriba. Si no han escogido ningunas de las cajas arriba, favor seguir a la próxima sección.

1. ¿Son las situaciones de vivienda actual del estudiante y/o familia temporales?
 Sí No
2. ¿Es esta situación debido a pérdida de vivienda, problema económico, o evento traumático?
 Sí No

CONTINÚE SÓLO SI RESPONDIÓ "SÍ" A AMBAS PREGUNTAS.

Padre/Guardián

Nombre: _____ Número(s) Telefónico: _____

Dirección/Ciudad/Código Postal: _____

Email: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Número(s) Telefónico: _____

¿Dónde está el estudiante o la familia viviendo actualmente?

Viviendo temporalmente con una amistad o familia en una casa o apartamento

Nombre y # telefónico de la persona con quien viven: _____

Sin Hogar / Refugio contra Violencia Doméstica / Refugio de Emergencia o de Transición

Nombre y # telefónico del programa: _____

Hotel o motel

Nombre y # telefónico de Hotel/Motel: _____

En un lugar regularmente no designado para dormir (vehículo, parque, campamento, etc.)

El estudiante vive con alguien quien no es su padre/guardián legal.

Nombre y # telefónico de la persona con quien vive el estudiante: _____

¿Cuánto tiempo se espera estar en esta dirección? _____

¿Tiene otros niños en el Distrito Escolar Washington? Sí No

Favor de listar nombre(s) y escuela(s): _____

¿Cuál fue la última escuela a la cual su hijo(a) asistió? _____ ¿En qué distrito? _____

Declaro que la información provista es verídica y correcta y de mi propio conocimiento.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN

FECHA



Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services


Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendizajes del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. **¿Qué idioma hablan las personas en el hogar la mayoría del tiempo?**

2. **¿Qué idioma habla el estudiante la mayoría del tiempo?**

3. **¿Qué idioma habló o entendió el estudiante primero?**

Nombre del estudiante _____	Distrito _____
Fecha de nacimiento _____	Núm. de identificación _____
Firma del padre o tutor  _____	Fecha _____
Distrito o Charter _____	Washington Elementary School District
Escuela _____	

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site. In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 01-2020)



Authorization to Release Student Records

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR ARCHIVOS ESTUDIANTILES

Last School Attended: _____ **Additional School:** _____
ÚLTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA *ESCUELA ADICIONAL*

School Address: _____
DIRECCIÓN DE ESCUELA

School City, State, Zip Code: _____
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL DE ESCUELA

School Phone: _____ **Fax:** _____ **District Name:** _____
NÚMERO TELEFÓNICO DE ESCUELA *NOMBRE DE DISTRITO*

Student Name: _____ **Date of Birth:** _____ **Grade:** _____
NOMBRE DEL ESTUDIANTE *FECHA DE NACIMIENTO* *GRADO*

Student Name: _____ **Date of Birth:** _____ **Grade:** _____
NOMBRE DEL ESTUDIANTE *FECHA DE NACIMIENTO* *GRADO*

Student Name: _____ **Date of Birth:** _____ **Grade:** _____
NOMBRE DEL ESTUDIANTE *FECHA DE NACIMIENTO* *GRADO*

In accordance with Arizona Revised Statute 15-828, I authorize the release of all records, including birth certificate, academic, educational, medical (health), psychological, special education, social development, and gifted information to the Washington Elementary School District. Según 'Arizona Revised Statute 15-828', yo autorizo el compartir de todos los archivos, incluyendo el acta de nacimiento, información académica, educacional, médica (salud), psicológica, de educación especial, de desarrollo social, y de estudiantes dotados al Distrito Escolar Washington.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ **DATE:** _____
FIRMA DEL PADRE/TUTOR *FECHA*

Please send academic file to:

PLEASE SEND COPIES ONLY

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abraham Lincoln Traditional
10444 N 39th Ave
Phoenix AZ 85051
602-896-6300 fax 602-896-6320 | <input type="checkbox"/> Desert View Elementary
8621 N 3rd Street
Phoenix, AZ 85020
602-347-4000 fax 602-347-4020 | <input type="checkbox"/> Mountain Sky Junior High
16225 N 7th Avenue
Phoenix, AZ 85023
602-896-6100 fax 602-896-6120 | <input type="checkbox"/> Sahuaro Elementary
12835 N 33rd Avenue
Phoenix, Z 85029
602-896-6200 fax 602-896-6220 |
| <input type="checkbox"/> Acacia Elementary
3021 W Evans Drive
Phoenix, AZ 85053
602-896-5000 fax 602-896-5020 | <input type="checkbox"/> Ironwood Elementary
14850 N 39th Avenue
Phoenix, AZ 85053
602-896-5600 fax 602-896-5620 | <input type="checkbox"/> Mountain View
801 W. Peoria Avenue
Phoenix, AZ 85029
602-347-4100 fax 602-347-4120 | <input type="checkbox"/> Shaw Butte Elementary
12202 N 21st Avenue
Phoenix, AZ 85029
602-347-4200 fax 602-347-4220 |
| <input type="checkbox"/> Alta Vista Elementary
8710 N 31st Avenue
Phoenix, AZ 85051
602-347-2000 fax 602-347-2020 | <input type="checkbox"/> John Jacobs Elementary
14421 N 23rd Avenue
Phoenix, AZ 85023
602-896-5700 fax 602-896-5720 | <input type="checkbox"/> Ocotillo Elementary
3225 W Ocotillo
Phoenix, AZ 85017
602-347-2400 fax 602-347-2420 | <input type="checkbox"/> Sunburst Elementary
14218 N 47th Avenue
Glendale, AZ 85306
602-896-6400 fax 602-896-6420 |
| <input type="checkbox"/> Arroyo Elementary
4535 W Cholla Street
Glendale, AZ 85304
602-896-5100 fax 602-896-5120 | <input type="checkbox"/> Lakeview Elementary
3040 W Yucca
Phoenix, AZ 85029
602-896-5800 fax 602-896-5820 | <input type="checkbox"/> Orangewood
7337 N 19th Avenue
Phoenix, AZ 85021
602-347-2900 fax 602-347-2920 | <input type="checkbox"/> Sunnyslope
245 E. Mountain View Rd
Phoenix, AZ 85020
602-347-4300 fax 602-347-4320 |
| <input type="checkbox"/> Cactus Wren Elementary
9650 N 39th Avenue
Phoenix, AZ 85051
602-347-2100 fax 602-347-2120 | <input type="checkbox"/> Lookout Mountain Elementary
15 W Coral Gables
Phoenix, AZ 85023
602-896-5900 fax 602-896-5920 | <input type="checkbox"/> Palo Verde Middle School
7502 N 39th Avenue
Phoenix, AZ 85051
602-347-2500 fax 602-347-2520 | <input type="checkbox"/> Sunset Elementary
4626 W. Mountain View Rd
Glendale, AZ 85302
602-347-3300 fax 602-347-3320 |
| <input type="checkbox"/> Chaparral Elementary
3808 W Joan De Arc
Phoenix, AZ 85029
602-896-5300 fax 602-896-5320 | <input type="checkbox"/> Manzanita Elementary
8430 N 39th Avenue
Phoenix, AZ 85051
602-347-2200 fax 602-347-2220 | <input type="checkbox"/> R.E. Miller Elementary
2021 W Alice Avenue
Phoenix, AZ 85021
602-347-3000 fax 602-347-3020 | <input type="checkbox"/> Sweetwater
4602 W Sweetwater Avenue
Glendale, AZ 85304
602-896-6500 fax 602-896-6520 |
| <input type="checkbox"/> Cholla Middle School
3120 W Cholla Street
Phoenix, AZ 85029
602-896-5400 fax 602-896-5420 | <input type="checkbox"/> Maryland
6503 N 21st Avenue
Phoenix, AZ 85015
602-347-2300 fax 602-347-2320 | <input type="checkbox"/> Roadrunner Elementary
7702 N 39th Avenue
Phoenix, AZ 85051
602-347-3100 fax 602-347-3120 | <input type="checkbox"/> Tumbleweed Elementary
4001 W Laurel Lane
Phoenix, AZ 85029
602-896-6600 fax 602-896-6620 |
| <input type="checkbox"/> Desert Foothills Junior High
3333 W Banff Lane
Phoenix, AZ 85053
602-896-5500 fax 602-896-5520 | <input type="checkbox"/> Moon Mountain Elementary
13425 N 19th Avenue
Phoenix, AZ 85029
602-896-6000 fax 602-896-6020 | <input type="checkbox"/> Royal Palm Middle School
8520 N 19th Avenue
Phoenix, AZ 85021
602-347-3200 fax 602-347-3220 | <input type="checkbox"/> Washington Elementary
8033 N 27th Avenue
Phoenix, AZ 85051
602-347-3400 fax 602-347-3420 |

Please send Psychological/Special Education file to:

Phone: 602-347-2604
 FAX 602-347-2709

Washington Elementary School District #6
 Special Services Department
 4650 W Sweetwater Avenue
 Glendale, AZ 85304



Información Médica Estudiantil

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
Student ID# _____	
School: _____	
<input type="checkbox"/>	Compliant immunization record in Synergy
<input type="checkbox"/>	Awaiting McKinney Vento eligibility
<input type="checkbox"/>	Non-compliant immunization(s) CANNOT START SCHOOL UNTIL COMPLIANT

Apellido Legal: _____

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Grado: _____

¿Tiene el estudiante seguro médico? NO SÍ Nombre de la Compañía de Seguro: _____

¿Está tomando actualmente el estudiante medicamentos? NO SÍ (Especifique) _____

¿Si respondió sí, será necesario administrar medicamento en la escuela? NO SÍ
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Usa lentes el estudiante? NO SÍ ¿Usa lentes de contacto el estudiante? NO SÍ

¿Requiere el estudiante una dieta especial debido a una alergia a comestibles que amenaza la vida? NO SÍ
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Tiene el estudiante una discapacidad que requiere una dieta especial? NO SÍ
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Tiene el estudiante dificultades auditivas? NO SÍ
Si respondió sí, ¿Usa el estudiante aparatos de ayuda auditiva? NO SÍ


Marque las condiciones que aplican a su hijo(a) y explique abajo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Alergias a Comestibles |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Condiciones Nasales o de la Garganta |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Condición de Visión/Ojo |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza crónicos | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Desordenes Ataque/Convulsivo | <input type="checkbox"/> Condición de los Riñones /Urinaría |
| <input type="checkbox"/> Condición Estomacal /Digestiva | <input type="checkbox"/> Condición Auditiva/Oído |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Informar la oficina de salud antes que el estudiante comience la escuela.) | <input type="checkbox"/> Otro, (especifique) _____ |

Favor de explicar las condiciones marcadas arriba: _____

Favor de alistar otras condiciones médicas/salud que pudiesen limitar las actividades estudiantiles en la escuela.

En caso de accidente o enfermedad, solicito que la escuela se comunique conmigo. Si la escuela no se puede comunicar conmigo o con cualquiera de los contactos de emergencia que he provisto, la escuela puede hacer cualesquier arreglos que se consideren necesarios. Dependiendo de la situación, el padre(s)/guardián del estudiante, no la escuela, pudiese ser responsables de los gastos incurridos.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/GUARDIÁN  _____ FECHA _____