



SUMTER COUNTY PRIMARY SCHOOL

Dr. Renee Mays, Principal
Mr. Jeffery Boges, Assistant Principal
Mrs. Brandi Roland, Counselor
Mrs. Felisa Parrott, Counselor

Home of the Panther C.U.B.S.

26-27 Inscripción para Pre-K

- ★ Puede recoger los paquetes de inscripción y entregar la documentación de lunes a viernes en la rampa de autobús de la escuela primaria, de 8:00 a. m. a 12:00 p. m.
- ★ Si tiene alguna pregunta, no dude en contactar con la Sra. Jaela Clemons al 229-931-8884 o por correo electrónico a jclemons@sumterschools.org

Documentos necesarios para inscribirse en Pre-K:

- Paquete de inscripción a preescolar completo
- Certificado de nacimiento
- Tarjeta del Seguro Social
- Certificado de vacunación (Formulario 3231)
- Certificado de evaluación de la vista, la audición, la salud dental y la nutrición (Formulario 3300)
- Comprobante de domicilio: (Este documento debe incluir el nombre de uno de los padres que consta en el acta de nacimiento o los documentos de tutela, si corresponde).
 - Contrato de arrendamiento vigente
 - Aviso de impuesto predial
 - Factura del seguro de vivienda
 - Declaración de la hipoteca
 - Formulario de matriculación del vehículo vigente
 - Factura de servicios públicos: sólo luz o agua.
- Si reside con otra persona y no tiene uno de los documentos anteriores a su nombre, solicite una Declaración Jurada de Domicilio.
- Documentación de categoría uno: Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario), Medicaid, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o programa de Servicios para Niños y Padres (CAPS).
- *** No aceptaremos inscripciones hasta que se entreguen los cinco documentos, junto con el paquete de inscripción completo. No guardaremos espacios para solicitudes incompletas.

You can ENROLL in school!

Even if you have:

- Uncertain housing
- A temporary address
- No permanent physical address



You are guaranteed enrollment in school by the federal McKinney-Vento Act and Georgia state law if you live:

- In a shelter (family, domestic violence, or youth shelter or transitional living program)
- In a motel, hotel, or weekly rate housing
- In a house or apartment with more than one family because of economic hardship or loss
- In an abandoned building, in a car, at a campground, or on the street
- In temporary foster care or with an adult who is not your parent or guardian
- In substandard housing (without electricity, water, or heat)
- With friends or family because you are a runaway or an unaccompanied youth



To enroll in or attend school if you live under any of these conditions, you do NOT need to provide:

- Proof of residency
- Immunization records or tuberculosis skin-test results
- School records
- Legal guardianship papers



You may:

- Participate fully in all school activities and programs for which you are eligible.
- Continue to attend the school in which you were last enrolled even if you have moved away from that school's attendance zone or district.
- Receive transportation from your current residence back to your school of origin.
- Qualify automatically for child nutrition programs (free and reduced-price lunches and other district food programs).

Contact the district liaison to resolve any disputes that arise during the enrollment process.



Parents' responsibilities are to:

- Make sure your child attends school regularly and completes homework and projects on time.
- Attend parent/teacher conferences, Back-to-School Nights, and other school-related activities.
- Stay informed of school rules, regulations, and activities.
- Participate in school advisory decision-making activities.



For questions about enrolling in school or for assistance with school enrollment, contact:

Your county liaison for the homeless:

Dr. Adrienne Davis
Homeless Education
615-669-9375
adavis@sumterschools.org

Sumter County Schools

Cuestionario

Este formulario intenta abordar los requisitos de la Ley McKinney-Vento (Título IX, Parte A de "Every Student Succeeds Act"). Las preguntas a continuación le ayudarán a determinar si el estudiante cumple con los criterios de elegibilidad para los servicios previstos en la Ley McKinney-Vento.

¿En dónde se queda el niño durante la noche? (marque un cuadro)

- ☐ En un albergue ☐ En un hotel / motel ☐ En un carro ☐ En un campamento
☐ En otro lugar que no es adecuado para personas (e.j. una construcción abandonada)
☐ Temporalmente con más de una familia en una casa, casa móvil o departamento.
(Compartiendo la misma habitación, pero no por elección. No tendría otro lugar si no compartiese)
☐ Solo
☐ Otro (en algún lugar que no está arreglado, listo, y que no está descrito en las demás opciones)

Por favor describa:

☐ Las opciones antes mencionadas no aplican.

Si marcó este cuadro, **no necesita** completar el resto de esta forma. Entregue al personal de la escuela.

Información del Estudiante

Nombre: _____ Genero: ☐ Femenino ☐ Masculino

Escuela a la que asisten: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información del Padre/Tutor

Nombre(s): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ C.P.: _____

Teléfono (Personal o de alguien con quien se pueda contactar): _____

POR FAVOR FIRME A CONTINUACION

Hago constatar que el estudiante antes mencionado no tiene un lugar listo, adecuado o útil para pasar las noches.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

SCHOOL USE ONLY / BUILDING COPY/ PARA USO ESCOLAR UNICAMENTE

Date Received: _____ ☐ Homeless ☐ NOT Homeless

Reporting School: _____

Homeless liaison Signature: _____



Otros Niños viviendo en el hogar (Edades de 0 a 18):

Nombre: _____ Genero: ☐ Femenino ☐ Masculino
Escuela a la que asisten: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Genero: ☐ Femenino ☐ Masculino
Escuela a la que asisten: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Genero: ☐ Femenino ☐ Masculino
Escuela a la que asisten: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Genero: ☐ Femenino ☐ Masculino
Escuela a la que asisten: _____ Fecha de nacimiento: _____



Sumter County Schools Attendance Protocol Chart

By September 1 of each school year or 30 days after enrollment of the student (Students under 16 years of age), the parent(s) will receive a copy of the Georgia Compulsory Attendance Law.

Issuance of parent notification letter explaining attendance expectation and possible penalties/consequences of unexcused absences. A form requires the signature of parent/guardian and student (ages 10 and up) by September 1 of each school year.
(Student Handbook)

2 Absences	A phone call to parents.
3 Absences	Notification letter sent to the parent(s)/guardian(s) reminding of possible penalties/consequences of absences as well as explaining attendance expectations.
5 Unexcused Absences	➤ AST meeting held. The purpose of the meeting is to identify and implement strategies to deter continued absenteeism. ➤ Referral to School Social Worker. The SSW will contact or make a home visit reminding parents of possible penalties/consequences of misdemeanor violation. The school social worker will assess attendance problem, increase the intensity of strategies, and refer to community agencies including, but the SSW is not limited to the options listed above.
6 Unexcused Absences	Truancy complaint is completed by the Counselor or designee and delivered to the truancy officer by the attendance officer.
7 Absences	Notification letter sent to parent(s)/guardian(s) reminding of possible penalties/consequences of absences as well as explaining attendance exceptions.
10 Unexcused Absences	Criminal Warrant is filed with the Magistrate Court for violation of Georgia's Compulsory Attendance Law.
Parent Signature: _____ Date: _____	



**Georgia Dept
of Early Care
and Learning**
BRIGHT FROM THE START

Programa de Pre-K de Georgia Número de seguro social del estudiante Formulario de información

Fecha de hoy: _____

El Departamento de Cuidado y Aprendizaje Temprano de Georgia (DECAL) solicita a las familias que proporcionen números de Seguro Social para los niños que asisten a Pre-K. DECAL utiliza los números de seguro social para asegurarse que la información de inscripción sea precisa, para ayudar a prevenir informes fraudulentos de asistencia de los estudiantes y para obtener un identificador único de 10 dígitos (GTID) para su hijo del Departamento de Educación de Georgia. Este número GTID se asociará con su hijo durante el resto de sus años escolares en lugar de su número de seguro social. DECAL no utiliza los números de seguro social para ningún otro propósito. Los Números de Seguro Social no se comparten con ningún otro proveedor o tercero y, por razones de seguridad, están encriptados en nuestra base de datos.

Si bien no se requiere un número de seguro social para asistir al programa de Pre-K de Georgia, es beneficioso para usted y su hijo proporcionar esta información. Si no se proporciona un número de seguro social para un niño, DECAL requiere que especifique una razón a continuación para explicar por qué no se proporciona la información.

Yo, _____, como padre / tutor legal de _____,
No puedo / no estoy dispuesto en este momento a proporcionar a DECAL un Número de Seguro Social porque:

- ☐ Necesito ayuda para obtener un SSN.
- ☐ Necesito ayuda para reemplazar un SSN perdido.
- ☐ Estoy esperando un SSN de reemplazo y lo proporcionaré cuando llegue.
- ☐ Me olvidé de traer el SSN y lo proporcionaré dentro de los 30 días.
- ☐ Elijo no proporcionar el SSN porque _____

Firma del Padre / Tutor

Programas de Pre-K: Guarde este formulario en el archivo del estudiante en lugar de la copia de la tarjeta SS.



Por favor
escriba el año
escolar aquí

Formulario de Inscripción para Pre-K

AÑO ESCOLAR

NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR: _____
NOMBRE DE LA ESCUELA O PROGRAMA: _____ (Esta sección para ser completada por el Proveedor)

(Por favor escriba el nombre tal como aparece en el certificado de nacimiento.)

APELLIDO:			
PRIMER NOMBRE:			
SEGUNDO NOMBRE :			
SUFIJO PARA EL APELLIDO (Por ejemplo : Jr., Sr., II, III) :			
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA):	SEXO : F() M()	
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO(Favor no poner apartado postal):		CONDADO :	
CIUDAD:	ESTADO: GEORGIA	CÓDIGO POSTAL :	TELÉFONO DE CASA :

Si el estudiante viene de otro programa de Pre-K, por favor indique lo siguiente:

El Nombre de la Escuela anterior: _____ El último día de Asistencia: _____

APELLIDO DE LA MADRE: NOMBRE: INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL DEL NIÑO):		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO DE LA CASA:	TELÉFONO DURANTE EL DÍA:	EMAIL :
LUGAR DE EMPLEO :	DIRECCION DEL DOMICILIO :	
CIUDAD :	ESTADO :	CODIGO POSTAL :

APELLIDO DEL PADRE:		PRIMER NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
DIRECCIÓN DE DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL DEL NIÑO):			
CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO DE CASA:		TELÉFONO DE DÍA:	EMAIL :
LUGAR DE EMPLEO :		DIRECCION DEL DOMICILIO :	
CIUDAD :		ESTADO :	CODIGO POSTAL :

(Persona a contactar en caso de que no se pueda contactar a ningún padre/guardián)

<u>NOMBRE</u>	<u>RELACIÓN</u>	<u>TELÉFONO DE DIA</u>	<u>ALTERNATE TELEFONO</u>	<u>EMAIL</u>
1.				
2.				

Verifico que esta información es correcta y entiendo que el presentar este formulario no me garantiza cupo para mi niño(a) en una clase de Pre-Kinder. Si mi hijo(a) enrola en el programa de Georgia Pre-K, yo estoy de acuerdo con que asista el número de días y horas requeridos por el Departamento de Aprendizaje Temprano de Georgia, tal como lo especifica el centro donde está enrolado(a) mi hijo(a). Entiendo que si no me rijo por estos requisitos de asistencia, mi niño(a) puede ser desenrolado del programa. Entiendo que no puedo registrar a mi niño(a) sin la documentación apropiada de su edad. Adjunto una copia de la documentación apropiada de la edad de mi niño(a) con este formulario de inscripción.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____ Fecha : _____

MANTENIMIENTO DEL NIÑO(A)

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

GUARDIÁN LEGAL DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

ADemás DE LOS FIRMANTES DE ESTE ACUERDO, LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN RECOGER A MI NIÑO(A) :

<u>NOMBRE</u>	<u>DIRECCIÓN</u>	<u>RELACIÓN</u>

NOMBRE DEL MÉDICO O DE LA CLÍNICA DEL NIÑO(A) (PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO(A)):

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN MÉDICA:

TELÉFONO: ()

MI NIÑO(A) TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

MI NIÑO PUEDE NECESITAR LO(S) SIGUIENTE(S) AJUSTES ESPECIALES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES EFECTIVAMENTE MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI NIÑO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) A LARGO PLAZO Y PARA USO CONTINUO Y/O TIENE LAS SIGUIENTE ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:

Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuida a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____

FECHA: _____

Autorización de Fotografía/Videograbación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), _____, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videograbacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videograbacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : _____

Firma (Padre/Guardián) : _____

Fecha : _____

Este formulario se debe completar una vez que hayan comenzado las clases, no en el momento de la inscripción.
Escriba el nombre de manera clara y en letra de imprenta tal como aparece en el certificado de nacimiento.

FECHA DE HOY (M/D/A): / /			
INFORMACIÓN DEL NIÑO:			
Primer nombre legal:		Sufijo (Jr, II, III):	
Segundo nombre legal:		Nombre por el que se lo llama:	
Apellido legal:			
No. de Seguro Social del niño	Fecha de nacimiento (M/D/A):	Sexo: M ☐ F ☐	
Elija no proporcionar el No. de Seguro Social ☐	Fecha de inscripción en preescolar (M/D/A):		
INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR:			
Apellido:		Nombre:	
Relación: Madre ☐	Padre ☐	Abuelo ☐	Tutor ☐ Otro ☐
Dirección de correo electrónico:		Código postal:	

1. Indique el origen étnico de su hijo, independientemente de su raza, marcando alguna de las siguientes opciones.

- ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino
- ☐ No contestar

Marque **UNA O MÁS** de las siguientes razas, independientemente de su respuesta a la primera pregunta.

2. Su hijo es:

- ☐ a. **Blanco:** persona con orígenes en cualquier pueblo originario de Europa, Oriente Medio o el norte de África.
- ☐ b. **Asiático:** persona con orígenes en cualquier pueblo originario del Extremo Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, lo que incluye Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas filipinas, Tailandia y Vietnam.
- ☐ c. **Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico:** persona con orígenes en cualquier pueblo originario de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
- ☐ d. **Negro o afroamericano:** persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- ☐ e. **Indio americano o nativo de Alaska:** persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte, Central o del Sur que tenga una afiliación tribal o un vínculo comunitario.
- ☐ f. **No contestar**

3. ¿Cuál es la lengua materna de su hijo?

- ☐ Inglés
- ☐ Un idioma distinto del inglés

3.a. ¿Qué idioma se habla en el hogar del niño (distinto del inglés)? _____

4. Nacimiento de su hijo:

- ☐ Nacimiento único (1)
- ☐ Mellizo (2)
- ☐ Trillizo (3)
- ☐ Cuatrillizo (4)
- ☐ Quintillizo (5)

5. ¿Su hijo recibe servicios de educación especial?

- ☐ Sí ☐ No

5.a. En caso afirmativo, indique cuál de los siguientes servicios de educación especial recibe su hijo.

- ☐ Programa Educativo Individualizado (IEP, en inglés) (Parte B, Sección 619 de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades [IDEA, en inglés])
- ☐ Plan 504/Plan de Adaptaciones Individualizado (IAP, en inglés) (Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973)

6. ¿Su hijo recibe alguno de los siguientes servicios?

- ☐ Servicios para Niños y Padres (CAPS, en inglés)
- ☐ Programa de Asistencia Alimenticia para Niños y Adultos (CACFP, en inglés)
- ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés)
- ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés)
- ☐ Medicaid
- ☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés)
- Hogar de acogida

7. ¿La institución de preescolar proporcionará servicios de transporte para su hijo?

- ☐ Sí ☐ No

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha _____

FORMA DE REGISTRO DEL ESTUDIANTE

Escuelas del Condado de Sumter Americus, Georgia

Esta información que usted está a punto de proporcionar es muy importante y debe ser tan exacta como sea posible. Si usted no entiende ninguna sección de esta forma, o no está seguro de qué información debe proporcionar, por favor pregunte a un funcionario de la escuela antes de pasar a la pregunta siguiente.

Apellido del estudiante	Nombre legal del estudiante	Segundo nombre del estudiante	Sobrenombre
Fecha de nacimiento del estudiante / /		Edad	No. Seguro Social - -
		Género (marque uno) Masculino / Femenino	

¿El estudiante es hispano/latino? (Una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, de Sudamérica o Centroamérica u otra cultura de origen española, sin importar la raza.)
No _____ hispano/latino Si _____ hispano/latino

¿Cuál es la raza del estudiante? (Marque toda aquella que aplique)

☐	Indoamericano o nativo de Alaska (Persona que tiene orígenes de la gente nativa de Norte y Sudamérica, incluyendo Centroamérica, y que mantiene afiliación tribal o comunidad.)
☐	Asiático (Persona que tiene orígenes de la gente original del lejano Oriente, Asia Sur-Oriental, o el subcontinente Indio, incluyendo por ejemplo, Camboya, China, la India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)
☐	Afroamericano o negro (Persona que tiene orígenes de cualquier grupos raciales negro o de África.)
☐	Nativo hawaiano u de otra isla del Pacífico (Persona que tiene orígenes de los nativos de Hawái, Guam, Samoa, o de otras islas pacíficas.)
☐	Blanco (Persona que tiene orígenes de la gente original de Europa, Medio Oriente o de África del norte.)

¿El/la estudiante viajará en un autobús escolar? Si _____ No _____

Número de autobús matutino _____ Número de autobús vespertino _____

¿Transporte familiar? Si _____ No _____ **¿Caminante?** Si _____ No _____

Información sobre Dirección Principal del Residente

Casa #	Nombre de la calle (incluya las abreviaciones pertinentes)	No. de departamento o lote
Ciudad	Estado	Código Postal
Número Telefónico de casa		

Información de la dirección que envía (si es diferente que la dirección residente)

Casa #	Nombre de la calle (incluya las abreviaciones pertinentes)	Apartamento # o porción #	P.O. Caja
Ciudad		Estado	Código Postal

Cabeza de familia

(Estos tutores son aquellos con los que este estudiante vive principalmente en la dirección anterior)

Apellido de la Guardiana Femenina	Nombre de pila de la tutora femenina	Segundo nombre
Fecha de nacimiento de la tutora femenina	Número de Seguro Social de Guardiana Femenina	Relación con el estudiante
Teléfono residencial (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya el código de área)
Empleador (Trabajo)	Ocupación	¿Militares activos? ☐ Si ☐ No
¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante? ☐ Si ☐ No		
¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante? ☐ Si ☐ No		
¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?		
Idioma del hogar: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Other (por favor indique)		

Apellido del guardián masculino	Nombre del tutor masculino	Segundo nombre
Fecha de nacimiento del tutor masculino	Guardián Masculino SSN	Relación con el estudiante
Teléfono residencial (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya el código de área)
Empleador	Ocupación	¿Militares activos? ☐ Si ☐ No
¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante? ☐ Si ☐ No		
¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante? ☐ Si ☐ No		
¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?		
Idioma del hogar: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Other (por favor indique)		

Estado civil de los padres: ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ Other (explique)
Custodia legal del estudiante: ☐ Both padres ☐ Mother ☐ Father ☐ Foster cuidado ☐ Other (explicar)
El estudiante vive con: ☐ Both padres ☐ Mother ☐ Father ☐ Foster ☐ Other de cuidado (explique)

Hogar secundario

(Responsabilidad de crianza compartida: información sobre el segundo envío por correo y otra información del tutor)

Apellido de la Guardiana Femenina		Nombre de pila de la tutora femenina		Segundo nombre	
Fecha de nacimiento de la tutora femenina		Número de Seguro Social de Guardiana Femenina		Relación con el estudiante	
Teléfono residencial (incluya el código de área)		Teléfono celular (incluya el código de área)		Teléfono del trabajo (incluya el código de área)	
Empleador		Ocupación		¿Militares activos? ☐ Si ☐ No	
¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante? ☐ Si ☐ No					
¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante? ☐ Si ☐ No					
¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?					
Idioma del hogar: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Other (por favor indique)					
Casa #	Nombre de la calle (incluye Ave, St, Rd, Cir, Dr, etc.)		Apartamento # o Lote #		Apartado de correos
Ciudad		Estado		Cremallera	

Apellido del guardián masculino		Nombre del tutor masculino		Segundo nombre	
Fecha de nacimiento del tutor masculino		Guardián Masculino SSN		Relación con el estudiante	
Teléfono residencial (incluya el código de área)		Teléfono celular (incluya el código de área)		Teléfono del trabajo (incluya el código de área)	
Empleador		Ocupación		¿Militares activos? ☐ Si ☐ No	
¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante? ☐ Si ☐ No					
¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante? ☐ Si ☐ No					
¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?					
Idioma del hogar: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Other (por favor indique)					
Casa #	Nombre de la calle (incluye Ave, St, Rd, Cir, Dr, etc.)		Apartamento # o Lote #		Apartado de correos
Ciudad		Estado		Cremallera	

Información adicional

País de nacimiento	Ciudad de nacimiento	Estado de nacimiento	Condado de nacimiento
Fecha en que ingresó por primera vez a la escuela de EE. UU. si no nació en EE. UU.		Fecha de ingreso: noveno grado por primera vez (solo escuelas secundarias)	
Primer idioma aprendido	Idioma que se habla con más frecuencia	Idioma que se habla en casa	

Última escuela a la que asistió:	¿En qué estado?	Año(s) asistido(s):	Fechas a las que asistió:
¿Ha recibido el estudiante 504 Adaptaciones? ☐ Si ☐ No		En caso afirmativo, ¿cuándo?	

¿Ha asistido el estudiante a un programa de educación especial? ☐ Si ☐ No	En caso afirmativo, ¿cuándo?
¿Ha asistido el estudiante al Programa de Dominio Limitado del Inglés? ☐ Si ☐ No	En caso afirmativo, ¿cuándo?

Estudiantes que viven en este hogar y asisten a las Escuelas del Condado de Sumter:

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Escuela	Relación con el estudiante

Contacto de emergencia (con excepción de padre)	Teléfono del contacto de emergencia (incluya el código de área)	Relación con el estudiante

Liste a continuación, la persona (s) a quien (es) usted autoriza recoger a este estudiante de la escuela, en caso de que un padre o tutor no pueda hacerlo.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Enumere todos los nombres que deberíamos conocer, que NO deberían tener contacto con este estudiante. Se debe proporcionar documentación legal de respaldo a la escuela.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Razón: _____

Distrito escolar del condado de Sumter

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE – Año escolar _____

Para ser completado por un padre/tutor de los estudiantes cada año

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Género _____ Grado actual _____ Profesor _____

El niño vive con (marque una opción): Madre Padre Ambos

Tutor/Otro _____

Información del contacto

Asegúrese de notificarnos todos los cambios de número de teléfono, incluido el de la persona de contacto de emergencia de su hijo .

Dirección de domicilio del niño _____

Nombre de la madre _____ Teléfono de casa _____

Dirección de la madre _____

Empleador de la madre _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre del padre _____ Teléfono de casa _____

Dirección del padre _____

Empleador del padre _____ Teléfono del trabajo _____

Contactos de emergencia: Por favor, indique los nombres, parentescos y números de teléfono de las personas de contacto en caso de que no podamos contactar a los padres. Se les pedirá que recojan a su hijo/a de la escuela si no podemos contactarlo/a.

NOMBRE	DE RELACIÓN	TELEFONO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

~~Por favor, rellene el reverso de estos formularios.~~

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

- _____ **SÍ**, doy permiso para que mi hijo sea visto por la enfermera de la escuela por cualquier problema de salud o queja que pueda surgir en la escuela.
- _____ **NO**, no deseo que mi hijo sea visto por la enfermera de la escuela por cualquier problema de salud o queja que pueda surgir en la escuela.

Si es necesario, autorizo a la enfermera de la escuela a proporcionar: (Marque la casilla correspondiente)

- _____ Tylenol/Midol para niños (dolor de cabeza, fiebre, dolor/cólicos menstruales)
- _____ Antiácidos : Pepto/Tums para niños (dolor de estómago, acidez estomacal)
- _____ Ungüento antibiótico (cortes y raspaduras)
- _____ Pastillas para la tos (dolor de garganta, tos)
- _____ Gotas oftálmicas salinas (irrigación)
- _____ Anbesol/ Orajel (Dolor de muelas y llagas en la boca)
- _____ Crema antipicazón o loción de calamina (picazón, picaduras de insectos, irritaciones de la piel)
- _____ Exámenes de visión, audición y nutrición (IMC)
- _____ Jarabe para la tos

El departamento de salud de la escuela no suele tratar las alergias estacionales. Recomendamos contactar al médico de cabecera de su hijo/a para obtener medicamentos que puedan tomarse en casa para controlar los síntomas de la alergia. Sin embargo, se proporcionan antihistamínicos, como Benadryl, en casos de alergias graves potencialmente mortales (anafilaxia).

Se espera que los padres lleguen dentro de los treinta minutos posteriores a la llamada para recoger al estudiante. Si esto no es posible, por favor informe a la enfermería o al personal de recepción. En caso de no poder contactar a nadie, la escuela contactará a otros servicios de emergencia como el 911, DFACS o las fuerzas del orden. El costo del transporte del estudiante al hospital y los costos de la emergencia hospitalaria son responsabilidad del padre/tutor. En caso de enfermedad o lesión grave, la escuela brindará primeros auxilios según lo prescrito por el reglamento de la Junta Escolar mientras se comunica con el padre/tutor o la persona designada. Si no se puede contactar al padre/tutor ni a la persona designada y la situación es muy grave, la escuela llamará a la Unidad de Emergencias Médicas del Condado (911) para el transporte inmediato a un hospital de tratamiento de emergencia. El costo de los servicios será responsabilidad del padre/tutor.

Historial médico/de salud del estudiante

Su hijo padece alguna de las siguientes enfermedades o trastornos? (Marque todas las que correspondan):

1. Trastornos endocrinos: Diabetes* Requiere insulina No requiere insulina Problemas renales Problemas de vejiga Otro _____	6. Afecciones cardíacas: Hipertensión Ritmo cardíaco irregular Soplo cardíaco Otro _____
2. Trastornos respiratorios pulmonares: Asma* Requiere inhalador de rescate Otro _____	7. Trastornos cerebrales Síndrome de Tourette hidrocefálico Derivación VP Convulsiones/Epilepsia
3. Alergias: Amenaza mortal* Abejas/Insectos Comida(s) _____ Requiere Epi Pen No amenaza la vida Estacional/Ambiental Intolerancia a la lactosa* Otro _____	8. Psicológico/Neurológico: Autismo/Síndrome de Asperger Parálisis cerebral Dolores de cabeza/migrañas Desmayos Depresión TDA/TDAH Depresión Otro _____
8. Audiencia: personas con discapacidad auditiva implantes cocleares Audífonos Otro _____	9. Gastrointestinal: Reflujo Sonda de alimentación Tipo Tamaño Alimentación Otro _____
9. Visión: Ceguera Discapacidad visual Anteojos Contactos Ojo protésico o Bien o Izquierda	10. Enfermedad de células falciformes Rasgo de células falciformes 11. Trastorno de la sangre Anemia Otro _____
13. Hueso/Articulación/Músculo: Tipo _____	12. Cólicos menstruales Sí No 14. Cáncer: Tipo _____ Tratamiento _____

MI HIJO NO TIENE NINGÚN PROBLEMA MÉDICO

Uso exclusivo del personal de la oficina de salud

☐ Formulario de Autorización de Medicamentos entregado Fecha _____ Seguimiento: _____

☐ Formulario de pedido de dieta entregado* Fecha: _____ Seguimiento: _____

☐ Plan de acción de emergencia entregado* Fecha: _____ Seguimiento: _____

☐ No se necesita autorización de EAP/médico Fecha: _____ Seguimiento: _____

☐ Otros _____

Firma del personal de la oficina de salud _____ Fecha: _____

Otras afecciones, inquietudes o consideraciones que sería útil que el personal de la oficina de salud conozca?

Su hijo/a está tomando algún medicamento que deba administrarse en la escuela? ☐No ☐Sí (enumere los medicamentos): _____

***En caso afirmativo, el profesional de la salud debe completar y firmar un formulario de autorización de medicamentos para cada medicamento. Se requiere un nuevo formulario cada trimestre escolar o cuando se modifica el medicamento o su dosis.**

Información del médico:

Proveedor de atención primaria de salud:	Número de oficina

Dentista	Número de oficina

Especialista	Número de oficina

Otro	Número de oficina

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN

El personal de la enfermería de la escuela trabaja para promover la buena salud entre los estudiantes y el personal. Nuestro objetivo es ayudar a su hijo/a a tener un año escolar saludable y exitoso. La enfermería tiene pautas a seguir. Los medicamentos se administrarán por instrucciones escritas del profesional de la salud con el permiso de los padres. No se aceptarán medicamentos para el comportamiento en la enfermería sin el consentimiento escrito del médico. Los estudiantes con alergias potencialmente mortales a picaduras de abeja, alimentos o látex necesitarán que su médico proporcione una autorización escrita para que el medicamento inyectable (Epi-Pen) se guarde en la escuela. Sin embargo, si un estudiante presenta una reacción repentina, no diagnosticada y grave que ponga en peligro su vida (anafilaxia), se notificará al 911 y a los padres/tutores. Para asegurar un rendimiento escolar óptimo, se realizan evaluaciones de audición, visión y nutrición a los estudiantes de 2.º a 6.º grado. Para optar por no participar en ninguna evaluación de salud, no marque las opciones de evaluación mencionadas anteriormente.

Para brindar una atención óptima a mi hijo, autorizo al personal de la oficina de Salud del Condado de Sumter a comunicarse con los proveedores de atención médica enumerados anteriormente según lo permita HIPPA/FERPA durante el año escolar.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____