**Escuela de Verano 2014 – 4J Título I**



4J

**Formulario de Inscripción**

***\*\*Último día de Inscripciones: 16 de mayo de 2014\*\****

**\* Coordinadores de Título, pongan el número ESIS # del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información del Estudiante:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Estudiante: |  | | |
| Escuela: |  | Grado Actual: |  |
| Nombre del Padre o Madre de Familia: |  | | |
| Dirección: |  | | |
| Teléfono (Casa): |  | Teléfono (Trabajo): |  |
| Teléfono (Celular): |  | Correo electrónico: |  |
| Contacto de Emergencia: |  | Teléfono del Contacto de Emergencia: |  |

Por favor denos toda información importante que debamos saber como problemas con la custodia de los niños, etc.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario de Información de Transporte Escolar para la Escuela de Verano 2014 – 4J Título 1:**

*No habrá transporte para los estudiantes que vivan a una milla de la Escuela Primaria Chávez ni para quienes estén fuera del distrito escolar de Eugene. Las paradas de los autobuses serán lo más cerca posible a la dirección que usted haya designado.*

**Mi hijo(a) necesita ser recogido(a) en esta dirección para ir a la escuela en las mañanas:**

**Mi hijo(a) necesita ser llevado(a) a esta dirección después de clases:**

**Doy autorización para que mi hijo(a) sea llevado a esta dirección sin que un adulto esté presente:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma del Padre de Familia/Tutor Legal*

**Ponga el nombre, número de teléfono y la relación de las personas autorizadas para recibir a su hijo(a) en la parada del autobús.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **RELACIÓN** | **NÚMERO(S) DE TELÉFONO** |
|  |  |  |
|  |  |  |

# FORMULARIO E HISTORIAL MÉDICO

**POR FAVOR INDIQUEN SI ALGUNOS DE ESTES AFECTAN SU HIJO/A:**

* Asma
* Grave alergia a las picaduras de abejas
* Grave alergia a comidas: ¿qué comida? \_\_\_\_\_\_\_
* Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés)
* Diabetes
* Problemas cardíacos
* Alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIóN MéDICA:**

¿Su hijo toma algún medicamento? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**MEDICAMENTOS CANTIDAD FRECUENCIA?**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor llene la "AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS" en la parte de abajo si el medicamento necesita ser administrado en el transcurso de las clases de la Escuela de Verano.

## NOMBRE DEL MéDICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELéFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERMISO PARA AMBULANCIA**

Doy mi consentimiento al administrador de la Escuela de verano, a la enfermera del distrito u otro miembro del personal de la escuela para usar su criterio para obtener más ayuda médica y para llamar una ambulancia para que transporte a mi hijo(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en caso de que no se pueda localizar al padre de familia o tutor legal. La información de arriba puede ser compartida con el personal de la ambulancia.

Nombre del Padre de Familia / Tutor Legal (escriba en letra imprenta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre de Familia / Tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN MÉDICA POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA

Para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Administrador de la Escuela) (Nombre de escuela/programa)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le doy permiso al personal de la escuela a administrar medicamentos a mi hijo para lo siguiente:

(Padre de Familia / Tutor Legal, por favor llenen esta parte).

Medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis (cuanto): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frecuencia (cada cuanto): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modo de administración (escoja uno): Boca Oreja Ojo Nariz Piel

Duración: Fecha del primer día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha del ultimo día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Sin receta

\_\_\_ Numero de receta

\_\_\_ Por favor deje que mi hijo(a) se tome su medicamento por si mismo (Lea las normas del distrito en cuanto a los estudiantes que toman sus medicamentos por sí mismos)

Razón por la que se esta tomando el medicamento:

Instrucciones especiales:

Yo comprendo que soy responsable de proporcionar este(os) medicamento(s) y de suministrarlo(s) como sea necesario. Comprendo que tengo la responsabilidad de notificar a la escuela por escrito si hay algún cambio. Los padres tienen la obligación de recoger los medicamentos que sobren el último día de la escuela de verano. Todos los medicamentos que se queden en la escuela se tirarán a la basura.

FIRMA DEL PADRU/TUTOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DOCTOR (escriba en letra imprenta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL DOCTOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Todos los medicamentos deben estar en su botella etiquetada en la farmacia o en su paquete original. Se asignará a un miembro del personal para administrar y monitorear los medicamentos de los estudiantes.**