



ESCUELA PRIMARIA DE MELBA

REGISTRACIÓN

Fecha: _____

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO/A: _____

Fecha de Nac.: _____ Lugar de Nac.: _____

Niña Niño (marque uno)

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal (ZIP)

Número de teléfono: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad, Estado, Código Postal (ZIP)

El estudiante vive con: _____

Nombre completo del Padre: _____

Lugar de empleo: _____

Teléfono del padre durante el día: _____

Celular del padre: _____

Teléfono del hogar del padre: _____

Correo electrónico del Padre: _____

Nombre completo de la Madre: _____

Lugar de empleo: _____

Teléfono de la Madre durante el día: _____

Celular de la Madre: _____

Teléfono del hogar de la Madre: _____

Correo Electrónico de la Madre: _____

Tiene su niño/a conexión a los servicios militares?: Sí No (Marque con un círculo)

Servicio Activo National Guard Reserva (Marque con un círculo)

Alergias: _____

Condiciones Médicas Actuales: _____

Liste cualquier medicamento que su niño toma: _____

-
- ***Si su niño/a debe tomar medicamentos durante el día escolar, por favor venga a la oficina y complete los formularios de permiso para darle a su niño/a la medicina.***
-

Para ayudar mejor a su niño/a, por favor responda Sí o No a las siguientes preguntas:

Sí No

[] [] 1. Mi niño/a está en un programa de Educación Especial.

[] [] 2. Mi niño/a recibe Terapia del Habla (*Speech*).

[] [] 3. Mi niño/a tiene problemas auditivos.

PERMISO PARA LLEVAR DE EMERGENCIA AL HOSPITAL: (marque) SI NO

Firma del padre o guardián: _____

CONTACTOS EN CASOS DE EMERGENCIA

Llamaremos a los padres primero. Si no podemos contactar a un padre entonces llamaremos a los nombres escritos abajo. Los estudiantes podrán ser entregados a los padres o a los contactos de esta lista de emergencia solamente.

Nombre de contacto: _____

Tel. _____ casa trabajo Celular (marque uno)

Relación con el estudiante: _____

Nombre de contacto: _____

Tel. _____ casa trabajo Celular (marque uno)

Relación con el estudiante: _____

Nombre de contacto: _____

Tel. _____ casa trabajo Celular (marque uno)

Relación con el estudiante: _____

Distrito Escolar de Melba #136
Lenguaje en el Hogar



Estimados Padres/Tutores:

La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Educación del Estado de Idaho requiere a los distritos escolares determinar el lenguaje primario de cada estudiante para ayudar a proveer una educación significativa y necesaria a todos los estudiantes.

Por favor conteste este cuestionario y entréguelo a la oficina de la escuela de su estudiante.

Este formulario es parte de los documentos oficiales del Distrito Escolar de Melba.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nac.: _____

Escuela Primaria Junior High Escuela Secundaria (marque uno)

1. ¿Qué idioma(s) hablan principalmente en el hogar? _____
2. ¿En qué idioma(s) habla más su estudiante? _____
3. ¿Qué idioma(s) fue el primero que su estudiante habló? _____
4. ¿En qué idioma(s) su estudiante habla con usted? _____
5. ¿En qué idioma habla usted con su estudiante? _____

En el hogar, ¿necesita que alguien le traduzca cartas que enviamos? SI NO (marque uno)

El Departamento de Educación de los Estados Unidos requiere a las escuelas coleccionar información racial y étnica usando una pregunta de dos partes. El proceso para reportar esta información al Departamento es diferente del proceso para coleccionar información de individuos. Cuando se reporta data al Departamento, institución educacional y otros recipientes reportarán información de totales raciales y/o étnicos.

1) Marque uno:

- _____ Hispano o Latino de cualquier raza
_____ No Hispano o Latino

2) Marque todos los que se apliquen:

- _____ Americano Indio Nativo o Nativo de Alaska
_____ Asiático
_____ Negro o Africano Americano
_____ Nativo Hawaiano o Nativo de Otras Islas del Pacífico
_____ Blanco

_____ Rehúso responder a las preguntas de arriba. Comprendo que esto significa que el distrito escolar tendrá que seleccionar por mí para completar los reportes requeridos estatales y federales.

Firma del Padre/Tutor/Encargado: _____

Nombre del Traductor: _____



Información de Custodia

Nombre del Niño/a: _____

El niño/a vive con ambos padres en el mismo hogar. Sí No (marque uno)
No hay problemas de custodia.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre: _____

Si respondió Sí, no necesita completar el resto de este formulario.

Si respondió No, por favor complete la siguiente información.

El niño/a No vive con ambos padres en el mismo hogar. Sí No (marque uno)

El niño/a puede ser entregado a cualquiera de los dos padres. Sí No (marque uno)

La Escuela Primaria de Melba tiene responsabilidad del bienestar del niño/a, pero sólo puede desempeñarse bajo la ley cuando está apropiadamente informada. Si los padres del niño/a están separados, se debe informar al distrito escolar (1) quién tiene custodia legal del niño/a, y (2) qué persona o personas están permitidas a ver o transportar al niño/a de la escuela. Si existe una orden de restricción negando a un padre o madre el derecho de ver o contactar al niño/a, la escuela debería tener una copia de la orden de la corte en el archivo del estudiante. No podemos cumplir una orden de la corte que no tenemos en el archivo.

Quién tiene la custodia primaria? Padre _____ Madre _____ Otro _____

Si es Otro, cuál es la relación con el niño/a: _____

Los padres tienen custodia conjunta/legal? Sí No _____

Cuál padre vive en la residencia mencionada en la registración?

Padre _____ Madre _____ Otro _____

La escuela tiene una orden de la corte en el archivo del estudiante? Sí _____ No _____

Fecha de la orden de la corte: _____

El niño/a está viviendo en un hogar temporario? Sí No (marque uno)

Nombre y teléfono de Trabajador Social: _____

Nombre y teléfono del Guardián legal: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre: _____



Idaho Migrant Education Program

Encuesta de Empleo para los Padres



English version on the other side

La información abajo es para identificar a estudiantes que puedan calificar para recibir servicios adicionales de educación. Es posible que un empleado del programa le contacte a usted para obtener más información. Toda la información es confidencial.

Nombre del niño: _____ Distrito: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

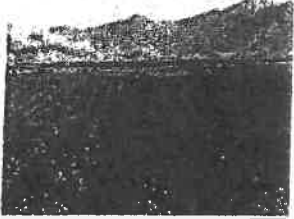
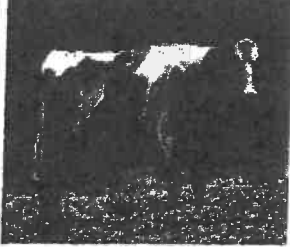
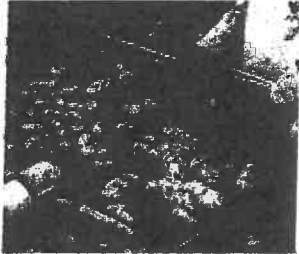
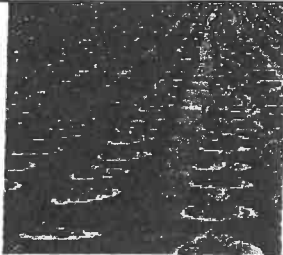
1. ¿En los últimos tres años, ha vivido su familia en otro distrito escolar? Esto incluye otros distritos escolares en Idaho, u otro estado o país.

Sí _____ (SIGA AL #2) No _____ (PARE AQUÍ)

2. En los últimos tres años, ¿hubo alguien en su hogar un trabajando con alguno de estos productos o actividades (sin incluir su propiedad)?

SI _____ (SIGA AL #3) No _____ (PARE AQUÍ)

Por favor marque todos los que apliquen abajo:

	<input type="checkbox"/> Cualquier Cultivos Ejemplos: maíz, papas, frijoles, trigo, remolacha, frutas, lúpulo, alfalfa, etc.o preparación de campo		<input type="checkbox"/> Cualquier ganado Ejemplos: vacas, cerdos, ovejas, pollos, lechería
	<input type="checkbox"/> Procesamiento de productos agrícolas. Ejemplos: (Clasificación, empaque, corte, etc.) cebollas, papas, carne, frutas, árboles, etc.		<input type="checkbox"/> Otra agricultura Ejemplos: silvicultura, cuidado de plantas de vivero, pescar

3. Nombre de los padres: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Por favor liste a todos los niños menores de 22 años en la casa:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado

Distrito Escolar de Melba
Actualización de Información Médica del Estudiante



Estudiante _____ Grado _____ Escuela: Primaria Secundaria

Yo entiendo que para proveer el más seguro ambiente y el más completo programa educacional para mi estudiante, la escuela necesita tener la información de salud y condición médica más actualizada posible que puede afectar el día escolar de mi niño o impactar su aprendizaje. Yo entiendo que para seguridad de mi niño/a, o para apoyar su programa educacional, la enfermera escolar puede necesitar compartir información de la condición médica de mi niño/a con el personal apropiado de la facultad. Yo entiendo que esto sería hecho de manera estrictamente confidencial. Mi firma abajo indica permiso para compartir la información médica necesaria respecto a mi niño/a mencionado arriba.

HISTORIA MEDICA (Marque todas las necesarias respecto a la situación médica actual de su niño/a. Incluya el plan de tratamiento a seguir. Use papel adicional si necesita.)

***Note: Por CUALQUIER MEDICINA que debe tomar en la escuela, debe llenar un formulario adicional con la enfermera**

ADHD: Medicina _____ Cuando la toma en casa _____ Cuando la toma en la escuela _____

Alergias (especifique) _____ Tratamiento _____

Asma: _____ Lista de medicinas necesarias para asma: _____

Debe usar un inhalador en la escuela? Sí _____ No _____ Tratamiento de Nebulizador? Sí _____ No _____

Problemas sanguíneos (especifique): _____

Problemas Dentales: Ortodoncia: Frenillos _____ Frenillos invisibles _____ Otros: _____

Diabetes (Debe completar un formulario adicional con la enfermera de la escuela): _____

Depresión: _____

Dolores de cabeza, Migrañas (especifique): _____

Problemas auditivos (especifique): _____

Problemas del Corazón (especifique): _____

Impedimento Físico (especifique): _____

Ataques epilépticos / Desmayos (especifique la historia): _____

Otros (especifique): _____

Liste medicinas que debe tomar en el hogar o escuela: _____

Por qué condición médica las debe tomar? _____

DOCTORES

Nombre del Doctor: _____ Teléfono del Doctor: _____

Dentista: _____ Fecha del último examen del Dentista _____

Oculista: _____ Fecha del último examen del Oculista: _____

Usa: Lentes de Contacto? Sí _____ No _____ Lentes? Sí _____ No _____

Yo doy permiso al Distrito Escolar para proporcionar: Neosporin _____ Pastillas para la tos _____ Hidrocortisona _____ Bactine _____

Sólo medicinas recetadas por un doctor, dentista, oculista pueden ser proporcionadas al estudiante durante la escuela. Todas las medicinas deben estar en su envase actual/original. Medicinas no recetadas (Tylenol, Ibuprofen, etc.) podrán darse a los estudiantes con permiso e instrucción escrita por un padre o tutor legal, y es responsabilidad del padre traer la medicina a la escuela en su envase original. En caso de emergencia, accidente, o enfermedad seria del alumno nombrado en este papel, que requiere tratamiento médico, Yo (padre/tutor) requiero que la escuela me contacte. Si la escuela no puede contactarme, mi firma debajo autoriza a la escuela a contactar al doctor indicado, o hacer los arreglos necesarios, o transportar al estudiante al sitio de emergencias más cercano a mi (padre/tutor) gasto. Esto puede incluir costo de ambulancias. Por favor indique su seguro médico a continuación.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Seguro Médico (marque uno): Seguro Privado _____ Medicaid _____ Ninguno _____



Comunicación Padres-Escuela

Escuela Primaria de Melba

Por favor complete la siguiente información y devuélvala a la escuela con su niño/a. Es muy importante poder comunicarnos con las familias en la forma más efectiva posible. La mayoría de las notas serán enviadas a casa con el estudiante más joven de la familia. También, si es posible, trataremos de enviar información en forma electrónica.

Escriba con claridad.

Nombres del (los) Estudiantes: _____

Nombre de la Madre o Padre: _____

Correo Electrónico: _____

Por favor incluya mi email en la lista de la escuela.

Teléfono celular: _____

Por favor incluyan mi celular en la lista de Alertas por texto de la Escuela.

Por favor incluyan mi celular en la lista de Alertas de Emergencia de la Escuela.

Nombre de la Madre o Padre: _____

Correo Electrónico: _____

Por favor incluya mi email en la lista de la escuela.

Teléfono celular: _____

Por favor incluyan mi celular en la lista de Alertas por texto de la Escuela.

Por favor incluyan mi celular en la lista de Alertas de Emergencia de la Escuela.



Escuela Primaria de Melba Transporte

Escriba claramente.

Nombre del Estudiante: _____

Nombre de la Madre: _____ Teléfono: _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____

Hermanos en la escuela:

Nombre: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Grado: _____

Elija UNA de las opciones de transporte y haga un círculo en qué día/s será usada esa opción.

Hacia la Escuela:

Bus desde _____ Dirección _____ Lu Ma Mi Ju

Caminando/Bicicleta Lu Ma Mi Ju

En Automóvil _____ Nombre del chofer _____ Lu Ma Mi Ju

Desde la Escuela:

Bus hacia _____ Dirección _____ Lu Ma Mi Ju

Caminando/Bicicleta Lu Ma Mi Ju

En Automóvil _____ Nombre del chofer _____ Lu Ma Mi Ju

****Si durante el año escolar el transporte indicado debe ser modificado, el padre debe enviar una nota por escrito avisando del cambio a la maestra o llamar y notificar a la oficina. ****

Firma del Padre: _____