

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

### Forma de Permiso de los Padres 2016-2017

Staff Int.   
Binder

#### Permiso de los Padres Para Excursiones:

El Distrito Escolar de Weld County Re-3J patrocina actividades y excursiones cada año. Para que su estudiante pueda participar en estas actividades y excursiones o ser permitido ir en el camión, debemos tener las formas de permiso firmadas en el expediente. Favor de firmar en la parte inferior para su estudiante.

Doy mi permiso para que el estudiante nombrado anteriormente asista a las actividades y excursiones patrocinadas por Weld County School District RE-3J. De acuerdo con la Política del Distrito 1-33 usted recibirá una forma de permiso antes de cada Excursión excluyendo actividades extra curriculares.

Iniciales del Padre: \_\_\_\_\_

#### Permiso de los Padres para la Publicidad:

El Distrito Escolar de Weld County Re=3J ha designado la siguiente información como información para directorio que podrá ser usada en publicaciones de periódico y en el Website del Distrito Escolar de Weld Re-3J: nombre del estudiante, grado, participación en oficialmente reconocidas actividades y deportes, listas de honor, imagen digital y premios recibidos. Si usted no desea que Weld County School District Re-3J use la información del directorio de su hijo en publicaciones en periódicos o en el website de Weld Re-3J, si su consentimiento anterior por escrito, favor de firmar esta forma y devolverla a la oficina de la escuela a la que asiste su hijo, no mas tarde del día 1° de septiembre o dos semanas después de inscribir a su hijo. Si se da la información del directorio antes de recibir su petición, el Distrito no podrá detener el uso de la información de su hijo.

Si, doy mi permiso a Weld County School District Re-3J para permitir que mi hijo sea filmado/fotografiado y entrevistado para publicidad.

No doy mi permiso a Weld County School District Re-3J para permitir que mi hijo sea filmado/fotografiado y entrevistado para publicidad.

Iniciales del Padre: \_\_\_\_\_

#### Permiso de los Padres para el Uso del Internet:

Como padre o tutor de un estudiante en Weld County School District Re-3J he leído la Política J-24, Política de Internet, entiendo su contenido, y estoy de acuerdo en que mi hijo cumpla con él. Estoy completamente enterada de que el sistema tecnológico escolar es administrado por Weld County School District Re-3J y será usada únicamente con intenciones oficiales de negocios y educativas de Weld County School District Re-3J. Si mi hijo cometiera cualquier violación de la Política J-34, su acceso y privilegios serán revocados y otra acción disciplinaria tomara lugar.

Yo doy permiso a mi hijo para el acceso a Internet

Iniciales del Padre: \_\_\_\_\_

#### Día Con Nieve/Información de Cierre de Emergencia

Favor de indicar el procedimiento que se seguirá en caso de que se cierre la escuela debido a las inclemencias del tiempo u otra situación de emergencia que podría causar que los estudiantes salgan de la escuela temprano

Ir a Casa como de costumbre  Ir a la Niñera  Viajar en el Camión como de costumbre

Ir a la Casa del Vecino: Nombre del Vecino \_\_\_\_\_  
Dirección y Número de Teléfono del Vecino \_\_\_\_\_

Otro (describa): \_\_\_\_\_

Iniciales del Padre: \_\_\_\_\_

#### Transportación:

favor de indicar como este estudiante estará llegando a la escuela y de la escuela a casa

Caminando a la escuela y de la escuela  Recogido y llevado a la escuela por el padre

\*Camión proporcionado por el Distrito

Estudiante Conductor de la HS: Marca: \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_  
Año \_\_\_\_\_ Numero de Placas \_\_\_\_\_

Numero de Permiso de Estacionamiento \_\_\_\_\_ (expedido por la Escuela Secundaria)

Si su estudiante estará usando diferentes vehículos favor de informar a la oficina de Weld Central High School

\*Tengo acceso al Manual de Transportación a través de Re3J.comwebsite enlistado bajo the Parents Tab.  SI  NO

Otro favor de describir: \_\_\_\_\_ Iniciales del Padre: \_\_\_\_\_

#### Manual Estudiantil

Tengo acceso al Manual para Estudiantes o he recibido una copia del Manual para Estudiante para el estudiante nombrado anteriormente.

Si  No

Iniciales del Padre: \_\_\_\_\_

#### Portal Infinite Campus Padre/Tutor Legal y Estudiante

He recibido información de cómo entrar al Parent Portal para tener acceso a la información del estudiante y comunicación con la escuela.

Si  No

Iniciales del Padre: \_\_\_\_\_

Imprima el Nombre del Padre/Tutor Legal (favor de imprimir) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Esta pagina

Se deajo

En blanco

Intencionalmente.

**HOJA DE INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE 2015-2016**

Staff Int.   
Binder

*Propósito:* Esta información es para ayudarnos a proporcionar la seguridad y el bienestar de su hijo bajo nuestro cuidado. Esta información también es importante que sea dada a los Servicios de Emergencia Médica (EMS) si necesitan ser llamados para su niño(a)

|                      |   |               |
|----------------------|---|---------------|
| Apellido:            | Primer Nombre:  | Medio Nombre: |
| Fecha de Nacimiento: | Género: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Femenino | Grado:        |

**Seguro Médico: Marque la caja apropiada que indica su actual estado con el seguro médico del estudiante:**  
 Aseguranza Particular \_\_\_\_\_ Estudiante sin seguro \_\_\_\_\_ # de Medicaid \_\_\_\_\_  
 CHP+# \_\_\_\_\_

**Otra Información**

|  |  |
|--|--|
| Nombre del Medico de Atención Primaria | Número de Teléfono del Medico de Atención Primaria |
| Nombre del Hospital Preferido          | Número de Teléfono del Hospital Preferido          |

**Todo Medicamento deberá ser proporcionado por un padre/tutor legal.**

Todo medicamento requiere el permiso por escrito de un padre y la autorización escrita de un médico, incluyendo OTC medicamento para dolor y Pastillas para la Tos.  
 Las formas están disponibles en la Oficina de la Salud.  
 Todo medicamento deberá permanecer en el Salón de la Salud con Excepciones de algunos casos.

**Medicamentos Dados en la Escuela**

(incluyendo antes y después de actividades escolares/deportes)

Medicamento de emergencia para alergias graves (EpiPen o similar) Si  No

Medicamento de emergencia para una convulsión (Diastat o similar) Si  No

Medicamento para el asma (Inhalador o- Nebulizador) Si  No

Medicamento de emergencia (Glucagón) Si  No

Otros Medicamentos Si  No

Lista \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Medicamentos Dados en Casa**

Liste todos los Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Atención Medica/Equipo Requerido en la Escuela**

|  |   |
|--|---|
| Atención Medica<br><input type="checkbox"/> Alimentación GT<br><input type="checkbox"/> Cateterismo<br><input type="checkbox"/> Oxigeno<br><input type="checkbox"/> Alimentación Oral Asistida<br><input type="checkbox"/> Ir al Baño/Pañales<br><input type="checkbox"/> Otro _____ | Equipo Medico<br><input type="checkbox"/> Silla de Ruedas<br><input type="checkbox"/> Andadera<br><input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--|---|

En el evento de una emergencia, doy mi permiso al personal escolar de responder a la emergencia, primeros en responder y el personal de ambulancia de tener toda la información anterior.

Imprima el Nombre del Padre/Tutor Legal (favor de imprimir) \_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor Legal** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

### Información de la Salud 2016-2017

Staff Int.   
Binder

¿Que información de la salud desea usted que el personal de la escuela este enterado?

Esta información también se dará a Servicios de Emergencia Media si ellos lo requieren.

(El personal de la escuela incluye al maestro, asistente de maestro, personal del salón de la salud, y/o personal de la Cocina.)

|   |  |
|---|--|
| <b>ADD</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  | <b>Lastimadura de Cabeza/Concusion/TBI</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <b>ADHD</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   | Actualmente Bajo Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No               |
| <b>Autismo/Espectro de Autismo/Asperger</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                   | Pasado y Resuelto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                          |
| <b>Alergias a Medicamentos</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                                | <b>Problemas de Audición</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No               |
| Si si, cual _____   | Usa un audífono o audífonos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                |
| Reacción _____  | Cirugía del Oído <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                           |
| <b>Alergias a Comidas</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                                     | Actualmente tiene Tubos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                    |
| Lista de Alergias _____   | <b>Sistema Inmunitario/Problema</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No        |
| <b>Alergias (otro)</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  | <b>Autoinmune</b>  |
| Lista de Alergias _____   | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2  |
| <b>Enfermedad de Huesos/Articulación/Problemas Musculares</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Celiaco <input type="checkbox"/> Crohn <input type="checkbox"/> Lupus     |
| <input type="checkbox"/> Fracturas Actuales <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral                               | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple   |
| <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular   | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | <input type="checkbox"/> Esclerodermia <input type="checkbox"/> Trasplante                         |
| <b>Desorden Sanguíneo</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                                     | <input type="checkbox"/> Otro _____  |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Células Falciformes       | <b>Riñón/Problemas de la Vejiga</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No        |
| <input type="checkbox"/> Sangrado Inusual/Hematomas   | <input type="checkbox"/> Piedras en Riñones <input type="checkbox"/> Incontinencia Diurna          |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | <input type="checkbox"/> Otro _____  |
| <b>Cáncer</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   | <b>Prótesis</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                            |
| <b>Cardiovascular/Problemas del Corazón</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                   | Lista _____  |
| <input type="checkbox"/> Cardiomiopatía <input type="checkbox"/> Agrandamiento del Corazón                            | <b>Respiratorio/Problemas Pulmonares</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión   | <input type="checkbox"/> Enfermedad Crónica del Pulmón <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística  |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | <input type="checkbox"/> Otro _____  |
| <b>Emocional/Problemas de Comportamiento</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                  | <b>Problemas de la Piel</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Depresión                 | <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Erupciones                                |
| <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> ODD                       | <input type="checkbox"/> Otro _____  |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | <b>Problemas de Tiroide</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                |
| <b>Gastrointestinal/Problemas de Estomago</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                 | <b>Visión</b>  |
| Incontinencia Intestinal de Día <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                               | Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                         |
| Otro _____  | Lentes que se usaran por   |
|   | Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                             |
|   | Solamente en el Salón de Clases <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No            |
|   | Solamente para Leer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                        |

### Medicamentos Dados en el Hogar

Lista:

### Enfermedades en el Pasado/Lastimaduras/Hospitalizaciones

Enfermedad:

Lastimadura:

Hospitalización:

Imprima el Nombre del Padre/Tutor Legal (favor de imprimir) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



# Encuesta de Elegibilidad para Programas



Estimado Padre/Tutor:

Nuestro distrito escolar recibe fondos para proveer apoyo y servicios adicionales a los estudiantes que califican para programa específicos. Su cooperación al contestar este formulario nos ayudará a identificar a los estudiantes elegibles y ayudará a nuestro distrito escolar a recibir fondos suplementarios. Toda la información es confidencial y no será utilizada para otros propósitos.

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Mejor hora para llamar? \_\_\_\_\_

Favor de anotar a todos los menores de 22 años que vivan en su hogar

| Nombre y Apellido | Fecha de Nacimiento | Nombre de la Escuela |
|-------------------|---------------------|----------------------|
|                   |                     |                      |
|                   |                     |                      |
|                   |                     |                      |
|                   |                     |                      |
|                   |                     |                      |
|                   |                     |                      |

¿En qué año fue la última vez que su familia se mudó? \_\_\_\_\_

En los últimos tres años, ¿alguno de los padres o tutores han trabajado o aplicado para trabajar en cualquiera de las siguientes áreas? Si  No

Si su respuesta es sí, marque cuál o cuáles

- Siembra/ ganadería
- Plantación/cosecha
- Aves de corral
- Lechería
- Procesadora (preparar) de Alimentos
- Empacadora de carne
- Selección/clasificación/empaque vegetales y/o frutas
- Limpiar/Preparar/empacar vegetales y/o frutas
- Empacadora de granos
- Carga y descarga de frutas o vegetales
- Enlatado (Fábricas de conserva)
- Huertas
- Invernadero/Vivero
- Tratamiento de árboles/Forestación
- Irrigación
- Siembra de zacate
- Ranchos de engorda
- Granja de Cerdos

Imprima el Nombre del Padre/Tutor Legal (favor de imprimir) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha \_\_\_\_\_

Esta pagina

Se deajo

En blanco

Intencionalmente.

Todas las Direcciones y Números de Teléfono han sido revisados y yo verifico que la información es exacta.

| <b>Toda Información del Estudiante dada Anteriormente puede ser tachada y revisada</b><br><b>El Estudiante Vive con: Favor de marcar</b>  |   |                         | Staff Int. <input type="checkbox"/><br>Binder <input type="checkbox"/> |
|---|---|-------------------------|--|
| <p><i>Complete la parte inferior si la información sobre la Familia ha sido cambiada:</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Ambos Padres<br/> <input type="checkbox"/> Únicamente la Madre    <input type="checkbox"/> Únicamente el Padre<br/> <input type="checkbox"/> Madre/Padrastro        <input type="checkbox"/> Padre/Padrastro<br/> <input type="checkbox"/> Tutor Legal                 <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos<br/> <input type="checkbox"/> Parientes _____<br/> <input type="checkbox"/> Otro _____                 </p> | <p><i>Aviso: Si hay nuevos documentos legales y o documentos aplicables y revisados, tales como documentos de custodia, una copia deberá ser proporcionada a la escuela. <input type="checkbox"/> Si</i></p> <p><i>Documentos adjuntos</i></p> <p><i>Quien le gustaría para que contactemos:</i></p> <p><i>Nombre: _____</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Mama/Papa    <input type="checkbox"/> Madrastra/Papa    <input type="checkbox"/> Mama/Padrastro<br/> <input type="checkbox"/> Tutor Legal    <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos                 </p> |                         |  |
| <b>Información en Caso de Emergencia</b>  |   |                         |  |
| <p><i>(En caso de que los padres/tutores legales no puedan ser contactados, el estudiantes únicamente se irá con la persona nombrada abajo)</i></p> <p><i>Tache los Contactos que No Son de la Familia en la información del estudiante arriba y escriba los nombres de nuevos Contactos de Emergencia abajo</i></p>  |   |                         |  |
| Nombre: _____   | Relación con el Estudiante: _____   |                         |  |
| Teléfono de Casa: _____   | Teléfono del Empleo: _____  | Teléfono Celular: _____ |  |
| Nombre: _____   | Relación con el Estudiante: _____   |                         |  |
| Teléfono de Casa: _____   | Teléfono del Empleo: _____  | Teléfono Celular: _____ |  |
| Nombre: _____   | Relación con el Estudiante: _____   |                         |  |
| Teléfono de Casa: _____   | Teléfono del Empleo: _____  | Teléfono Celular: _____ |  |

\*\*\*Estas regresando al Año Escolar 2016-2017 \_\_\_Si o \_\_\_No

\*\*\*Me he salido del Distrito Escolar RE3J \_\_\_ Si

Asistiré a la Escuela en la Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_ Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

\*\*\*Otras razones por no regresar al Distrito Escolar RE3J \_\_\_\_\_

**Imprima el Nombre del Padre/Tutor Legal** (favor de imprimir) \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_