

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  NES  OES  SES

# Caswell County Schools



## SE NECESITA INFORMACIÓN PREESCOLAR

Usted **DEBE** devolver una solicitud completa y **TODOS** los documentos de respaldo para recibir una cita de evaluación para su hijo.

Las solicitudes deben presentarse antes del 30 de abril de 2021

- NC Pre-K Solicitud Completa**
- Certificado de Nacimiento** (se necesita copia oficial/copia de la madre no se aceptará)
- Comprobante de Ingresos** (3 recibos de pago consecutivos, 1040, W2, manutención infantil, SSI, SSA, beneficios de desempleo, trabajadores Compensación, Asistencia Pública / Beneficios Work First, o 3 recibos de pago consecutivos o declaración firmada cuando no hay ingresos contables verificables).
- 1 Comprobante de Residencia** (factura de servicios públicos actual o contrato de alquiler)
- Registro de Vacunas**
- Evaluación de Salud de NC** (la visita debe realizarse dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de inicio de la escuela)
- Dental** (la visita debe realizarse dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de inicio de la escuela)
- Licencia de Conducir / Tarjeta de Identificación de Carolina del Norte**
- Hoja de Datos de las Escuelas del Condado de Caswell**
- Formulario de Transporte**
- Declaración de Licencia y Ganancias de Miembro del Ejército** (para hijos de una familia militar elegible)

North Elementary: 336-388-2222 South Elementary: 336-694-1212  
Oakwood Elementary: 336-694-4221 Stoney Creek Elementary: 336-694-6222  
Oficina de Pre-K: 336-694-4116 ext 71  
Asociación para Niños del Condado de Caswell: 336-694-1538



## 2021 -2022 Caswell County Solicitud de NC Pre-K

**Marque su <sup>primera</sup> opción para la ubicación del sitio:**

- Caswell Community Head Start   
  North Elementary School   
  Oakwood Elementary School  
 Rainbow Educational Childcare Center   
  South Elementary School

**Información del niño**

Nombre del niño : \_\_\_\_\_  
Primero
Segundo
Nombre Apellido

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ (Mes, Día, Año)

Sexo del niño:  Masculino  Femenino

Dirección de la casa del niño : \_\_\_\_\_  
Calle, Ciudad, Código Postal

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Origen étnico del niño:  Hispano o latino  No hispano o latino

Raza del niño (puede seleccionar más de uno):  Negro / Afroamericano   
 Blanco / Europeo Americano  
 Asiático   
 Indio americano / Nativo de Alaska   
 Nativo de Hawái / Otra isla del Pacífico

¿El niño es residente del condado de Caswell?     Sí  No

¿El niño es ciudadano estadounidense?     Sí  No

**Información familiar**

El niño vive con:  Ambos padres  Madre  Padre  Padre y padrastro  Custodia 50/50

Abuelo (s)  Padre de crianza (s)  Tutor legal \*  Custodio legal \*  Proveedor de parentesco : \_\_\_\_\_  Otro (especificar): \_\_\_\_\_ \* Adjunte copias de la documentación legal

¿Cuántos miembros de la familia viven en el hogar (incluido el niño de NC Pre-K)?   

Enumere los nombres de <b>TODOS</b> los adultos y niños que viven en el hogar:	Lista relación a la NC Pre-K (por ejemplo, madre, padre, padrastro, abuelo, hermanas, hermanos, media hermanas y hermanos, hermanastras y hermanos)	Indique la fecha de nacimiento de cualquier niño (s) hasta los 18 años	Indique el nombre de la escuela a la que asisten los niños ( hasta los 18 años )
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

**Padre / Padrastro / Guardian #1:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Número (s) de teléfono : \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Elija cuál de estos se aplica:  Empleado a tiempo completo   
 Empleado a tiempo parcial   
 Desempleado  
 Buscando empleo   
 Asistiendo a la universidad   
 En la escuela secundaria / programa de GED   
 Capacitación en el trabajo   
 Otro: \_\_\_\_\_

Por favor marque el nivel de educación más alto completado :  No completado la escuela secundaria   
 Diploma de secundaria / GED   
 Asistir a alguna universidad   
 Título asociado   
 Licenciatura   
 Maestría

**Ingresos de la madre / madrastra / tutor: enumere todas las fuentes de ingresos**

Salarios / Salario / Empleo Ingresos \$ _____	semanales <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	al año <input type="checkbox"/>
Prestaciones de la Seguridad Social / Seguro de Incapacidad \$ _____	semanales <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensuales <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Ingresos del Seguro Social (para niños) \$ _____	semanalmente <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensualmente <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Beneficios por jubilación / discapacidad \$ _____	semanalmente <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensualmente <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Beneficios de desempleo / Compensación al trabajador \$ _____	semanalmente <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensualmente <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Manutención de menores / pensión alimenticia \$ _____	semanalmente <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensualmente <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Cualquier otro ingreso: _____ \$ _____	semanalmente <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensualmente <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>

**Padre / Padrastró / Guardián # 2:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Número (s) de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Elija cuál de estos se aplica:  Empleado a tiempo completo  Empleado a tiempo parcial  Desempleado  
 Buscando empleo  Asistiendo a la universidad  En la escuela secundaria / programa de GED  Capacitación en el trabajo  Otro: \_\_\_\_\_

Por favor marque el nivel de educación más alto completado :  No completado la escuela secundaria  Diploma de secundaria / GED  Asistió a alguna universidad  Título de asociado  Licenciatura  Maestría

**Ingresos del padre / padrastró / tutor: enumere todas las fuentes de ingresos**

Salarios / Salario / Empleo Ingresos \$ _____	semanales <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	al año <input type="checkbox"/>
Beneficios del Seguro Social / Seguro de Incapacidad \$ _____	semanalmente <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensualmente <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Ingresos del Seguro Social (para niños) \$ _____	semanalmente <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensualmente <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Beneficios por jubilación / discapacidad \$ _____	semanalmente <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensualmente <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Beneficios de desempleo / Compensación al trabajador \$ _____	semanalmente <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensualmente <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Manutención de menores / pensión alimenticia \$ _____	semanalmente <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensualmente <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Cualquier otro ingreso: _____ \$ _____	semanalmente <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensualmente <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>

**Padre (s) / tutor (es) :** Si uno o ambos padres en el hogar están actualmente desempleados y no reciben beneficios de desempleo u otras fuentes de ingresos regulares como se indicó anteriormente, complete esta sección:

<p><b>Persona (s) y / o fuente (s) que brindan apoyo a esta familia:</b> _____</p> <p><b>Cantidad proporcionada \$ _____</b> <input type="checkbox"/> semana o <input type="checkbox"/> mes u <input type="checkbox"/> otro: _____</p>
--

**Información adicional sobre la familia**

- ¿Su familia tiene actualmente un arreglo de vida estable?  Si  No
- ¿Tiene el transporte a dejar y recoger a su hijo desde el Pre-K del programa?  Si  No
- ¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar de la familia \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo tiene una enfermedad crónica o un problema de salud importante diagnosticado y documentado por un proveedor de atención médica profesional?  Si  No

En caso afirmativo, indique las afecciones o preocupaciones de salud: \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo tiene una necesidad o discapacidad de desarrollo?  Si  No  
Si es así, comprobar todo lo que corresponda:  Autista  Sordo-ciegos  Personas con discapacidad auditiva  Múltiples discapacidades  Orthopedic aliado deterioran ed  Habla / lenguaje afectada  Discapacidad visual  Lesión cerebral traumática  Retraso en el desarrollo  Otros problemas de salud: \_\_\_\_\_
6. ¿Su hijo ha sido referido para servicios relacionados con una discapacidad?  Si  No
7. ¿Recibe su hijo servicios relacionados con una discapacidad?  Si  No  
En caso afirmativo, marque TODOS los servicios recibidos:  Terapia del habla  Terapia física  Terapia ocupacional  Otro (especificar): \_\_\_\_\_
8. ¿Tiene su hijo un Plan de educación individualizado (IEP)?  Si  No
9. ¿Tiene el niño un padre en servicio militar activo actual, servicio activo dentro de los últimos 18 meses, programado en servicio activo en los próximos 18 meses, o quién resultó herido o muerto mientras estaba en servicio activo?  Sí  No
10. ¿Ha asistido su hijo alguna vez a un programa preescolar, centro de cuidado infantil u hogar de cuidado infantil familiar?  Sí  No
11. ¿Está su hijo inscrito actualmente en un programa preescolar, un centro de cuidado infantil o un hogar de cuidado infantil familiar?  Sí  No  
Si está actualmente inscrito, ¿cuál es el nombre del programa? \_\_\_\_\_
12. ¿Su hijo recibe actualmente un subsidio para el cuidado infantil?  Sí  No

### **Responsabilidad y participación de los padres / tutores**

- Entiendo que esta es una solicitud de servicios ofrecidos y no constituye inscripción en ningún programa.
- Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa y que se han informado todos los ingresos. Además, he proporcionado toda la documentación de respaldo requerida para verificar mis respuestas incluidas en esta solicitud.
- Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos federales y / o estatales. Los funcionarios pueden verificar la información de esta solicitud. La tergiversación deliberada de la información puede causar que mi hijo sea expulsado del programa y / o que se tomen otras medidas apropiadas en mi contra.
- La información en este formulario se utilizará para determinar la elegibilidad para los programas Head Start, Título I y / o NC Pre-K. Por la presente doy a conocer la información para que mi hijo pueda ser considerado para cualquiera de estos programas. La agencia designada puede compartir y / o verificar cualquier y toda la información sobre mi hijo.
- Entiendo que NC Pre-K está diseñado para servir a los niños en situación de riesgo y que todos los esfuerzos se hará por el programa NC Pre-K para mantener la inscripción de mi hijo y yo , la asistencia , y la participación.
- Entiendo que soy responsable de proporcionar transporte para mi hijo si no hay transporte disponible en el sitio de Pre-K de mi hijo .

**Padre / Tutor**

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_



## PRE KÍNDER - CERTIFICACIÓN DE NO RECIBIR INGRESOS

(Este documento tiene que llenar cada padre, guardián legal, o padrastro/madrastra que viva en el hogar y declare que no recibe ingresos de ninguna parte)

Padre/Padrastro o Madrastra/Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante de Pre Kínder de Carolina del Norte: \_\_\_\_\_

1. Por la presente, certifico que yo, personalmente, no recibo ningún tipo de ingresos de las siguientes fuentes:

- a. Salarios de empleo (incluyendo comisiones, propinas, bonos, honorarios, etc.);
- b. Salarios por la administración de un negocio;
- c. Seguro Social (SSA), Salario Suplementario de Seguridad (SSI);
- d. Ingresos de arrendamiento de bienes raíces o de propiedades personales;
- e. Aнуalidades, jubilación, pensiones, o indemnización por fallecimiento;
- f. Indemnización por desempleo o discapacidad;
- g. Subsidios públicos (Work First/ Cash Assistance);
- h. Pensión alimenticia o apoyo económico infantil;
- i. Ganancias por ventas personales (Avon, Mary Kay, cortar el pasto, etc.);
- j. Cualquier otra Fuente de ingresos que no haya sido mencionada anteriormente.

2. Elija una opción:

- Actualmente, no recibo ningún tipo de ingresos y, aunque estoy buscando trabajo, en este momento no tengo ninguna oferta laboral definitiva.
- Actualmente, no recibo ningún tipo de ingresos y, en este momento, no buscaré trabajo.

3. Para mantener a mi familia, usaré los siguientes recursos económicos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre/Padrastro o Madrastra/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Declaración Jurada de Residencia

La familia \_\_\_\_\_ reside con \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

(Dirección, número de apartamento, ciudad, estado, código postal)

Se adjunta una factura de electricidad, agua, gas público o contrato firmado de compra / alquiler vigente (dentro de los últimos 30 días). Esta documentación es necesaria para mostrar prueba de residencia para:

\_\_\_\_\_ para asistir a las escuelas del condado de Caswell.

(Nombre del niño / niños que asisten a la escuela)

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de residencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Inicial del padre / tutor a continuación:

\_\_\_\_\_ Verifico que la información contenida en este formulario es verdadera y precisa.

\_\_\_\_\_ Verifico que cualquier información / documentación que he proporcionado en apoyo de esta información es verdadera y precisa.

Doy fe de que la información contenida en estos documentos es verdadera y precisa. Entiendo que si los funcionarios de la escuela determinan que he tergiversado cualquier información en la solicitud, la junta escolar local puede retirar al estudiante de la escuela. Si se determina que una persona proporcionó información falsa intencionalmente y a sabiendas en la declaración jurada, el autor de la declaración jurada será culpable de un delito menor de Clase 1 y pagará a la junta local una cantidad equivalente al costo de educar al estudiante durante el período de matrícula. Los reembolsos no incluirán fondos estatales.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor Fecha

## PARA SER COMPLETADO POR UN NOTARIO PÚBLICO:

Estado de Carolina del Norte

Condado de \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, un notario público de dicho condado y estado, por la presente certifico que

\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ comparecieron personalmente ante mí y reconocieron al \_\_\_\_\_ Padre / Tutor

la debida ejecución del instrumento anterior.

Sea testigo de mi mano y selle este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_

Firma del Notario \_\_\_\_\_ Mi comisión vence \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DE EVALUACION DE SALUD Y TRANSMISION DE CAROLINA DEL NORTE**

Este formulario y la información en este formulario serán archivados en la escuela a la que asistió el estudiante y es confidencial y no un registro público.  
(Aprobado por el Departamento de Instrucción Pública de Carolina del Norte y el Departamento de Salud y Servicios Humanos)

**LOS PADRES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION**

Nombre del Estudiante:

M  F

(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de Nacimiento (M/D/YYYY): Nombre de la Escuela:

Hispano /Latino:

1 Si  2 No

Raza:

1 Otro No-Blanco  2 Blanco  3 Negro  4 Nativo Americano  5 Chino  
 6 Japonés  7 Hawaiano  8 Filipino  9 Otro Asiático  10 Desconocido

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Condado

Información del Padre: Nombre del Padre, Apoderado, u otra persona en lugar de los padres:

Teléfono (s)

Casa:  
Trabajo:  
Teléfono  
Celular:

Las condiciones de salud para ser compartidas con las personas autorizadas (administradores de la escuela, maestros, y otro personal escolar que requiera dicha información para realizar sus tareas asignadas):

**HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE THIS SECTION**

Medications prescribed for student:

Student's allergies, type, and response required:

Special diet instructions:

Health-related recommendations to enhance the student's school performance:

Vision screening information:

Passed vision screening: Yes No

Concerns related to student's vision:





# PUBLIC SCHOOLS OF NORTH CAROLINA

State Board of Education | Department of Public Instruction

January 2016

**Hearing screening information:**

Passed hearing screening:  Yes  No

Concerns related to student's hearing:

**Recommendations, concerns, or needs related to student's health and required school follow-up:**

School follow-up needed:  Yes  No

**Medical Provider Comments:****Please attach other applicable school health forms:**

- Immunization record attached:
- School medication authorization form attached:
- Diabetes care plan attached:
- Asthma action plan attached:
- Health care plans for other conditions attached:

**Health Care Professional's Certification**

I certify that I performed, on the student named above, a health assessment in accordance with G.S. 130A-440(b) that included a medical history and physical examination with screening for vision and hearing, and if appropriate, testing for anemia and tuberculosis. I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

Name:

Title:

Signature: \_\_\_\_\_

Date (m/d/yyyy):

Practice/Clinic Name:

Practice/Clinic Address:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:







### Dental Screening Form – Forma de Evaluación Dental

Cuando se hacen los exámenes de salud para niños de Pre-Kinder, use la forma KHA. También debe completar una **Evaluación Dental** (10A NCAC 09 .3005 Evaluación de Salud Infantil).

<b>Nombre del Niño:</b> _____	
<b>Nació (fecha):</b> ____/____/____	
<b>Sexo:</b> Masculino      Femenino	
<b>Padre o Guardián:</b> _____	
<b>Dirección:</b> _____	
<b>Ciudad:</b> _____	
<b>Teléfono:</b> _____	<b>Escuela/Pre-Kinder:</b> _____

Nombre de la persona que realizó la examinación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Clínica/Consultorio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Título Profesional (marque uno):**

- \_\_\_ Dentista
- \_\_\_ Higienista Dental
- \_\_\_ Doctor (Physician)
- \_\_\_ Asistente de Doctor (Physician Assistant)
- \_\_\_ Enfermera Registrada (Registered Nurse)
- \_\_\_ Otro Profesional de Salud: \_\_\_\_\_

**Caries en la Niñez Temprana:**

- No hay caries o decaimiento dental actualmente, no se detectó problema
- Hay caries o decaimiento dental, necesita atención dental (Explique)
- Necesita Cuidado Urgente (explique)

**Comentarios:**

**Firma (Signature)** \_\_\_\_\_

**Fecha (Date)** \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Maestro de Salón Principal \_\_\_\_\_

Transporte (B = autobús C = automóvil) AM\_\_ PM\_\_ Documentos de custodia en el archivo?  Sí  No

## Hoja de Datos del Estudiante de las Escuelas del Condado de Caswell

Complete toda la información solicitada, firme y devuelva el formulario a la escuela inmediatamente

### Prueba de residencia y documentos de tutela / custodia antes de la nueva inscripción

Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Sufijo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad actual \_\_\_\_\_

Dirección de Correo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de 911 \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Por favor contesta la etnicidad y categorías de raza Es posible seleccionar más de una opción de raza

Debe Seleccionar un Grupo Etnico:  Hispano / Latino  No hispano / Latino

Debe Seleccionar al menos una RAZA:  Amerindio / Nativo de Alaska  Asiático  Negro

Hawaiano /Pacífico  Blanco

Número de Seguro Social del Estudiante (Opcional) \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Estudiante reside con:  Madre  Padre  Madre / Padre  Padre / Madrastra  Madre / Padrastro

Tutor

Madre / Madrastra / Tutor \_\_\_\_\_  Vivo  Fallecido

Empleador \_\_\_\_\_ Grado más alto completado \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_

Dirección de 911: \_\_\_\_\_

Padre / padrastro / tutor \_\_\_\_\_  Vivo  Fallecido

Empleador \_\_\_\_\_ Grado más alto completado \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: : Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección de Correo \_\_\_\_\_

Dirección de 911 \_\_\_\_\_

Hermanos en el hogar: Hermano (s) nombre (s) y edades

\_\_\_\_\_

Hermana (s) nombre (s) y edades ]

Estado civil de los padres:  Casado  Separado  Divorciado  Soltero

¿Está su hijo bajo suspensión / expulsión actual de su escuela anterior?  Sí  No En caso afirmativo, nombre y ubicación de la escuela \_\_\_\_\_

¿Ha asistido su hijo a una escuela del condado de Caswell antes?  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué escuela? \_\_\_\_\_

¿Se está transfiriendo su hijo de otra escuela?  Sí  No En caso afirmativo: Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Alguna otra persona(s) que tenga su permiso para recoger a su hijo si no es posible localizar a los padres?  
Incluya a aquellos con su permiso para llevar al niño al médico en caso de una emergencia (enumere por  
prioridad):**

Nombre

Teléfono

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

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

Cualquier persona (s) que no deba tener contacto con su niño (debe proporcionar documentación legal)

En caso de mal tiempo / salida temprana, su hijo debe:

Ir a casa como de costumbre  Otro \_\_\_\_\_

Solo para uso de la oficina: Código de entrada \_\_\_\_\_

Número de identificación del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de entrada \_\_\_\_\_

## Inventario de Salud del Estudiante

El aprendizaje de su hijo depende de la buena salud. Para ayudar a brindar servicios de salud en la escuela, complete lo siguiente y devuélvalo a la escuela de su hijo para que lo revise la Enfermera Escolar.

**Proporcione la siguiente información:**

	Nombre	Teléfono	Fecha de la última cita
<b>Pediatra / Proveedor de atención primaria</b>			
<b>Especialista</b>			
<b>Dentista</b>			
<b>Ortodoncista</b>			
<b>Trabajador de casos (si corresponde) / Consejero</b>			
<b>Preferencia de hospital</b>			

Seguro Médico del Niño: \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Privado / Comercial / Patrocinado por el Empleador

Condición	Sí	Comentarios	Condición	Sí	Comentarios
<b>Alergias (alimentos, insectos, drogas, látex)</b>			<b>Lesión en la cabeza o columna</b>		
<b>Alergias (estacionales)</b>			<b>Conmoción cerebral en el último año</b>		
<b>Asma o problemas de respiratorios</b>			<b>audición o sordera</b>		
<b>Trastorno por déficit de atención / hiperactividad</b>			<b>Dificultades psiquiátricas y emocionales</b>		
<b>Autismo</b>			<b>Dolores de cabeza por migraña</b>		
<b>Problemas de comportamiento</b>			<b>Músculo Problemas de</b>		
<b>Problemas de vejiga</b>			<b>Hemorragias Nasales</b>		
<b>Problemas de Hemorragias</b>			<b>Cardíacos</b>		
<b>Presión arterial (alta)</b>			<b>Convulsiones</b>		
<b>Problemas de huesos / articulaciones</b>			<b>Enfermedad de células falciformes</b>		
<b>Intestinal (Estómago / intestino)</b>			<b>Problemas del habla</b>		
<b>Cáncer</b>			<b>Servicios especiales de atención médica</b>		
<b>Parálisis cerebral</b>			<b>Cirugía</b>		
<b>Fibrosis quística</b>			<b>Tiroides</b>		

Problemas dentales			Problemas de la Vista		
Problemas de desarrollo			Otros:		
Diabetes					

**Medicamentos actuales:**

Nombre del medicamento	Dosis	Hogar	Escuela

Yo, \_\_\_\_\_ (hago \_\_\_\_\_) (no \_\_\_\_\_) autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo y al proveedor de atención médica designado en el entorno escolar para discutir las preocupaciones de salud de mi hijo y / o intercambiar información relacionada con esta forma. Esta autorización estará vigente hasta que, o a menos que la retire. Puede retirar su autorización en cualquier momento comunicándose con la escuela de su hijo. Cuando se divulga información del registro de su hijo, la documentación de la divulgación se mantiene en el registro escolar o de salud de su hijo.

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ESCUELAS DEL CONDADO DE CASWELL  
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE  
FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE AUTOBUSES DE ESCUELA  
2021-2022 INSCRIPCIÓN DE PRE-KINDERGARTEN/KINDERGARTEN**

NOMBRE DE ESCUELA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Por favor complete la siguiente información si o no su niño/niña va viajar en el autobús.** Estamos obligados a ubicar físicamente la dirección de residencia (casa) de un estudiante para la verificación de la asistencia. Gracias por su cooperación.

NOMBRE LEGAL DEL NIÑO \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

¿Qué grado entrará el estudiante en agosto de 2022? PreK \_\_\_\_\_ Kindergarten \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA, (NO BUZÓN DE OFICINA POSTAL, APARTAMENTO, O NÚMERO DE LOTE)

911 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CASA NÚMERO DE CASA (CAMINO, AVENIDA)  
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

¿CÓMO VENDRÁ EL NIÑO/A ESCUELA? \_\_\_\_\_ AUTOBÚS \_\_\_\_\_ AUTO (COCHE)

¿HAY UN HERMANO O HERMANA MAYOR QUE YA ESTÁ EN EL AUTOBÚS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁL ES EL NÚMERO DEL AUTOBÚS? \_\_\_\_\_

SE VA A USAR EL AUTOBÚS EN: MAÑANA? \_\_\_\_\_ TARDE? \_\_\_\_\_  
SI/NO SI/NO

SI SU NIÑO VA A ABORDAR EL AUTOBÚS EN UN LUGAR DISTINTO DEL DOMICILIO, (Guardería, niñeras, etc.)  
POR FAVOR INDIQUE EL 911 DIRECCIÓN DE ESTE LUGAR POR DEBAJO:

911 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
NÚMERO 911 NÚMERO DE CALLE (CAMINO, AVENIDA)  
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

FIRMA DE PADRE \_\_\_\_\_