

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

DISTRITO ESCOLAR DE AMPHITHEATER
CARTILLA DE INFORMACIÓN DE SALUD

PROFESOR MAESTRO(A)

Nombre legal del alumno _____ Sexo _____ Grado _____ Escuela _____
Apellido(s) Nombre(s) (M/F)

Domicilio _____

Dirección de correo (Si es diferente) _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Lugar de nacimiento _____
Mes Día Año Ciudad Estado País

¿Con quiénes reside el alumno?

Nombre	Dirección (Si es diferente)	Tel. del hogar	Tel. del empleo	Celular
Padre _____	_____	_____	_____	_____
Padrastra _____	_____	_____	_____	_____
Madre _____	_____	_____	_____	_____
Madrastra _____	_____	_____	_____	_____
Tutor legal _____	_____	_____	_____	_____

Hermanos:

Nombre _____	Edad ____	Escuela _____	Nombre _____	Edad ____	Escuela _____
Nombre _____	Edad ____	Escuela _____	Nombre _____	Edad ____	Escuela _____
Nombre _____	Edad ____	Escuela _____	Nombre _____	Edad ____	Escuela _____

¿Existe una restricción legal sobre derechos de custodia que debe saberse? _____ Explique: _____

Idioma(s) que el alumno habla _____ Idioma(s) que se habla(n) en el hogar _____

Revisado 01-18

(FAVOR DE COMPLETAR AL DORSO)

Stock Form #W9072s

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

DISTRITO ESCOLAR DE AMPHITHEATER
CARTILLA DE INFORMACIÓN DE SALUD

PROFESOR MAESTRO(A)

Nombre legal del alumno _____ Sexo _____ Grado _____ Escuela _____
Apellido(s) Nombre(s) (M/F)

Domicilio _____

Dirección de correo (Si es diferente) _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Lugar de nacimiento _____
Mes Día Año Ciudad Estado País

¿Con quiénes reside el alumno?

Nombre	Dirección (Si es diferente)	Tel. del hogar	Tel. del empleo	Celular
Padre _____	_____	_____	_____	_____
Padrastra _____	_____	_____	_____	_____
Madre _____	_____	_____	_____	_____
Madrastra _____	_____	_____	_____	_____
Tutor legal _____	_____	_____	_____	_____

Hermanos:

Nombre _____	Edad ____	Escuela _____	Nombre _____	Edad ____	Escuela _____
Nombre _____	Edad ____	Escuela _____	Nombre _____	Edad ____	Escuela _____
Nombre _____	Edad ____	Escuela _____	Nombre _____	Edad ____	Escuela _____

¿Existe una restricción legal sobre derechos de custodia que debe saberse? _____ Explique: _____

Idioma(s) que el alumno habla _____ Idioma(s) que se habla(n) en el hogar _____

Revisado 01-18

(FAVOR DE COMPLETAR AL DORSO)

Stock Form #W9072s

FAVOR DE MARCAR TODO LO QUE APLIQUE AL ALUMNO:

- ADHD/ADD Alérgico/medicamentos Alérgico/alimentos Asma Defecto de nacimiento Trastorno sanguíneo Evacuación/Orina
 Diabetes Lentes/Contactos Dolor de cabeza/Migraña Problema del oído Condición cardíaca Ortopédica
 Trastorno psiquiátrico Convulsiones Otro (Explique todos los marcados) _____

Si el alumno toma medicamentos en la escuela, tiene que entregar otra forma de consentimiento firmado.

Mencione **todos** los medicamentos que el alumno toma en casa o en la escuela: _____

¿Tiene un problema físico o de salud que afecta su asistencia escolar o participación en Educación física? _____

¿Ha estado el alumno en un programa de Educación Especial? Explique: _____

SEGURO MÉDICO: Ninguno AHCCCS Kids Care Indian Health Services Otro plan médico _____

Doctor _____ Teléfono _____ Hospital de preferencia _____

En caso de que su hijo se lesione o enferme en la escuela y no se pueda comunicar con el padre/tutor, mencione un familiar o amigo con TELÉFONO LOCAL que se encargará del alumno. (Favor de notificar la oficina de salud de la escuela si hay cambios.)

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono(s) _____

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono(s) _____

Si se requiere acción o tratamiento médico y no se ha podido comunicar con el padre/tutor, yo autorizo por la presente que a mi hijo se le dé tratamiento médico de emergencia como sea necesario según decidan los oficiales escolares. Comprendo que cualquier gasto médico será pagado por el padre/tutor, o por seguros médicos provistos por el padre/tutor, y que cualquier gasto médico no es la responsabilidad de la escuela o del distrito escolar.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

(Esta firma verifica que todos los datos de esta forma son correctos)

En sus programas o actividades el Distrito Escolar Amphitheater no discrimina en base a raza, color, religión/creencias religiosas, género, sexo, edad, origen nacional, orientación sexual, credo, estatus de ciudadanía, estado matrimonial, creencias/afiliación política, discapacidad, idioma del hogar, familia o antecedente social o cultural y provee igual acceso a los Niños Exploradores y otros grupos designados juveniles. Consultas referentes a las pólizas no discriminatorias del Distrito deben ser referidas a Anna Maiden, Director de Igual Oportunidad y Conformidad del Distrito, 701 W. Wetmore Road, Tucson, Arizona 85705, (520) 696-5164 o, amaiden@amphi.com, o a Kristin McGraw, Director Ejecutivo de Servicios al Estudiante, 701 W. Wetmore Road, Tucson, Arizona 85705, (520) 696-5230, o kmcgraw@amphi.com.

FAVOR DE MARCAR TODO LO QUE APLIQUE AL ALUMNO:

- ADHD/ADD Alérgico/medicamentos Alérgico/alimentos Asma Defecto de nacimiento Trastorno sanguíneo Evacuación/Orina
 Diabetes Lentes/Contactos Dolor de cabeza/Migraña Problema del oído Condición cardíaca Ortopédica
 Trastorno psiquiátrico Convulsiones Otro (Explique todos los marcados) _____

Si el alumno toma medicamentos en la escuela, tiene que entregar otra forma de consentimiento firmado.

Mencione **todos** los medicamentos que el alumno toma en casa o en la escuela: _____

¿Tiene un problema físico o de salud que afecta su asistencia escolar o participación en Educación física? _____

¿Ha estado el alumno en un programa de Educación Especial? Explique: _____

SEGURO MÉDICO: Ninguno AHCCCS Kids Care Indian Health Services Otro plan médico _____

Doctor _____ Teléfono _____ Hospital de preferencia _____

En caso de que su hijo se lesione o enferme en la escuela y no se pueda comunicar con el padre/tutor, mencione un familiar o amigo con TELÉFONO LOCAL que se encargará del alumno. (Favor de notificar la oficina de salud de la escuela si hay cambios.)

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono(s) _____

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono(s) _____

Si se requiere acción o tratamiento médico y no se ha podido comunicar con el padre/tutor, yo autorizo por la presente que a mi hijo se le dé tratamiento médico de emergencia como sea necesario según decidan los oficiales escolares. Comprendo que cualquier gasto médico será pagado por el padre/tutor, o por seguros médicos provistos por el padre/tutor, y que cualquier gasto médico no es la responsabilidad de la escuela o del distrito escolar.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

(Esta firma verifica que todos los datos de esta forma son correctos)

En sus programas o actividades el Distrito Escolar Amphitheater no discrimina en base a raza, color, religión/creencias religiosas, género, sexo, edad, origen nacional, orientación sexual, credo, estatus de ciudadanía, estado matrimonial, creencias/afiliación política, discapacidad, idioma del hogar, familia o antecedente social o cultural y provee igual acceso a los Niños Exploradores y otros grupos designados juveniles. Consultas referentes a las pólizas no discriminatorias del Distrito deben ser referidas a Anna Maiden, Director de Igual Oportunidad y Conformidad del Distrito, 701 W. Wetmore Road, Tucson, Arizona 85705, (520) 696-5164 o, amaiden@amphi.com, o a Kristin McGraw, Director Ejecutivo de Servicios al Estudiante, 701 W. Wetmore Road, Tucson, Arizona 85705, (520) 696-5230, o kmcgraw@amphi.com.