

# INSCRIPCIÓN DE NUEVO ESTUDIANTE

¡Bienvenidos a Hingham High School! Necesitaremos copias de los siguientes documentos para poder inscribir a su hijo. No podremos matricular a su alumno hasta que no recibamos copias de los siguientes documentos y los formularios de inscripción sean debidamente cumplimentados y entregados.

- \_\_\_\_\_ Certificado de nacimiento
- \_\_\_\_\_ Comprobante de domicilio (un contrato de arrendamiento o una escritura Y una factura de servicios públicos a nombre de los padres, como por ejemplo de gas, electricidad, etc.)
- \_\_\_\_\_ Expediente académico o boletín de calificaciones de la escuela anterior.
- \_\_\_\_\_ Reconocimiento médico reciente (llevado a cabo en el último año) e historial de vacunación.
- \_\_\_\_\_ Copia del IEP actual del estudiante o del plan 504, si procede.
- \_\_\_\_\_ Formulario de solicitud de acciones disciplinarias para estudiantes salientes (cumplimentado por la escuela anterior).

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN:

- \_\_\_\_\_ Formulario de inscripción
- \_\_\_\_\_ Formulario disciplinario
- \_\_\_\_\_ Formulario de autorización del expediente académico del alumno
- \_\_\_\_\_ Encuesta sobre el idioma hablado en casa
- \_\_\_\_\_ Formulario de salud del estudiante
- \_\_\_\_\_ Formulario de delito
- \_\_\_\_\_ Formulario MIAA 200 (*para aquellos estudiantes que deseen participar en deportes*)
- \_\_\_\_\_ Manual del estudiante y código de disciplina
- \_\_\_\_\_ Tarjeta de emergencia para la enfermera

Los estudiantes también recibirán el calendario escolar, el calendario de eventos especiales y un mapa escolar.

La siguiente información se puede encontrar en la página web de Hingham High School:

[www.hinghamschools.com/hingham-high-school](http://www.hinghamschools.com/hingham-high-school)

Información sobre seguros, solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido, manual de asesoramiento, menú de almuerzo mensual

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

## Hingham High School

17 Union Street

Hingham, MA 02043

Información del estudiante		SASID (si se conoce):	
Nombre completo	Segundo nombre completo	Apellidos	
Género	Nº de teléfono principal	Nº de teléfono móvil del estudiante	Grado/curso en el que entraría
Fecha de Nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad)	Fecha de comienzo	

Dirección			
Dirección en la que reside Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si fuera diferente) Calle	Ciudad	Estado	Código postal

El alumno vive con (haga un círculo alrededor a todo lo que corresponda)				¿Existe alguna restricción de custodia?		
Padres	Madre (solamente)	padre (solamente)	Padrastró	Madrastra	Tutor legal	Otro:

Padres			
Nombre	Apellido(s)		
Dirección (si es diferente a la anterior)	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil	
Empresa	Puesto que ocupa	Correo electrónico	

Padres			
Nombre	Apellido(s)		
Dirección (si es diferente a la anterior)	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil	
Empresa	Puesto que ocupa	Correo electrónico	

Tutor legal (si es diferente al anterior)			
Nombre	Apellido(s)	Relación	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil	
Empresa	Puesto que ocupa	Correo electrónico	

Contacto de emergencia (persona que viva en la localidad y esté autorizado para recoger a su hijo)			
Nombre	Apellido(s)	Relación	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil	

Contacto de emergencia (persona que viva en la localidad y esté autorizado para recoger a su hijo)			
Nombre	Apellido(s)	Relación	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil	

Contacto de emergencia (persona que viva en la localidad y esté autorizado para recoger a su hijo)			
Nombre	Apellido(s)	Relación	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil	

Nota: Por favor ayúdenos a cumplimentar los formularios de información estudiantil requeridos por el estado de Massachusetts respondiendo las siguientes preguntas.

Información demográfica				
(haga un círculo alrededor a todo lo que corresponda)	Este alumno es	niño de acogida	Tutelado del estado	Estudiante METCO

¿Es el estudiante hispano o latino? (seleccione uno)	
<input type="checkbox"/> No, no es hispano ni latino	<input type="checkbox"/> Sí, hispano o latino: persona de origen cubano, mexicano, chicano, puertorriqueño, de América del Sur o Central, u otra cultura de origen español, independientemente de la raza
Primera lengua (lengua madre)	

¿Cuál es la raza de este estudiante? (puede elegir una o más razas)	
<input type="checkbox"/> blanco: persona de origen europeo, de oriente medio o del norte de África.	
<input type="checkbox"/> negro o afroamericano: persona de origen de alguno de los países africanos de raza negra.	
<input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativo de Alaska: persona de origen de alguno de los pueblos nativos de América del Norte o del Sur (incluido Centro América) que mantenga afiliación con alguna tribu o que está vinculado a alguna comunidad	
<input type="checkbox"/> asiático: persona de origen de alguno de los pueblos del lejano oriente, sureste de Asia, o el subcontinente indio, incluye por ejemplo países como Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.	
<input type="checkbox"/> nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico: persona de origen de cualquiera de los pueblos de Hawaii, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.	

¿Alguno de los progenitores o tutores legales de su hijo:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>es un miembro activo de las fuerzas armadas, la Guardia Nacional y/o la reserva militar? O</li> <li>es veterano que ha sido relevado o se ha jubilado hace menos de un año desde la firma de este formulario? o/y</li> <li>ha fallecido mientras estaba en servicio activo?</li> </ul>	

Sí	
No	

El niño ha estado recibiendo comidas gratis o a precio reducido (si procede, elija uno)	
SÍ	NO

INFORMACIÓN SOBRE SU MÉDICO		
Nombre	Dirección	Teléfono
Medicación	Alergias	Condiciones crónicas

HERMANOS	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Fecha de nacimiento:

INFORMACIÓN SOBRE LA ESCUELA ANTERIOR	
Escuela	Ciudad/Estado
Último año escolar que asistió a esta escuela	Último grado/curso escolar que asistió a esta escuela
¿Ha asistido el estudiante alguna vez a alguna de las escuelas públicas de Hingham?	En caso afirmativo, indique el último grado cursado en Hingham y el año
¿Ha asistido el estudiante alguna vez a alguna escuela en Massachusetts?	En caso afirmativo, ¿Cuándo? y ¿dónde?
¿Ha repetido algún curso el estudiante?	En caso afirmativo, ¿Qué grado?
¿Alguna vez se han hablado con usted sobre la posibilidad de retener al estudiante un curso?	Comentarios:

DIRECCIÓN ANTERIOR

SERVICIOS ESPECIALES				
¿Ha recibido su hijo alguno de los siguientes servicios? En caso afirmativo indique cuales				
Ayuda con las matemáticas	Inglés como segundo idioma	Programa de altas capacidades	Ayuda con la lectura	Otro tipo de servicio:
Habla/lenguaje	Fisioterapia	Terapia ocupacional	Educación especial	
En la actualidad, ¿tiene su hijo un Plan de Educación Individualizado (IEP)?				
En la actualidad, ¿tiene su hijo un Plan 504 de Educación Regular?				
En la actualidad, ¿tiene su hijo un Plan de adaptación del temario de estudios (CAP)?				

El alumno/padre necesita un intérprete en el siguiente idioma \_\_\_\_\_

Los padres solicitan que toda la información y documentos escolares se les proporcionen en el siguiente idioma \_\_\_\_\_

FIRMA DE LOS PADRES:			
Firma de progenitor	Fecha	Firma de progenitor	Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA			
	Comprobante de domicilio (factura de servicios reciente)		Expediente médico y de vacunación
	Certificado de nacimiento		Formulario de acciones disciplinarias
	Número de identificación de la escuela (LASID)		Número de identificación del estado (SASID)
	Resultado del MCAS de matemáticas		Resultado del MCAS de inglés
	Expediente escolar anterior		Plan IEP
	Expediente de asistencia escolar		Plan 504
	Documentación legal del niño de acogida (sustituto educativo, trabajador social y persona responsable de firmar el IEP)		Plan CAP
	Estudiante extranjero de intercambio (Visado y resultados del examen de aptitud de inglés)		

En español:

“Los padres solicitan que toda la información y documentos escolares se les proporcionen en el siguiente idioma \_\_\_\_\_”

Firma: \_\_\_\_\_

Portuguese:

“Os pais requerem que toda informação cao dirigida e eles seja dada no idioma nativo deles.”

\_\_\_\_\_

Hingham High School  
Formulario de inscripción de acciones disciplinarias

*Los estudiantes NO serán admitidos en Hingham High School sin cumplimentar este formulario.*

1. ¿Alguna vez ha sido expulsado, es decir excluido permanentemente, de alguna escuela pública o privada?

NO  SÍ

En caso negativo, pase a la pregunta 2.

En caso afirmativo, ¿de qué escuela? \_\_\_\_\_

Nombre del director o subdirector de la escuela mencionada anteriormente: \_\_\_\_\_

Por favor explique las circunstancias y adjunte la carta de expulsión: \_\_\_\_\_

2. ¿Alguna vez ha sido expulsado temporalmente de la escuela?

NO  SÍ

En caso negativo, pase a la pregunta 3.

¿Cuántas veces ha sido expulsado temporalmente de la escuela? \_\_\_\_\_ ¿Por qué razón(es)? \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido algún altercado que haya sido derivado al Tribunal/Juzgado o ha cometido alguna infracción penal en los últimos 3 años?

NO  SÍ

En caso negativo, pase a la sección de la firma.

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los cargos? \_\_\_\_\_

En la actualidad ¿Se está reuniendo con algún agente de libertad condicional? \_\_\_\_\_ nombre del agente: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, el progenitor/tutor/padre de acogida (por favor haga un círculo alrededor del  
(progenitor/Tutor/Padre de acogida- escriba su nombre con letra de imprenta)

que aplique) de \_\_\_\_\_ por la presente certifico que la información aquí presentada es  
(Nombre del estudiante, por favor escriba el nombre con letra de imprenta)

exacta y así lo declaro bajo pena y pena de perjurio.

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Progenitor /Tutor/Padre de acogida – Firma)

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ (Firma del alumno)

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR EL EXPEDIENTE ACADEMICO DEL ALUMNO

Hingham Public Schools  
220 Central Street  
Hingham, MA, 02043

AUTORIZACIÓN PARA EL EXPEDIENTE ACADEMICO

Fecha de hoy:	
Nombre del estudiante:	
Año de graduación:	
Nombre de la escuela anterior:	
Dirección de la escuela anterior:	
Número de fax:	

SE SOLICITAN LOS SIGUIENTES DATOS DEL EXPEDIENTE ACADÉMICO

	<b>El expediente completo INCLUYENDO las partes que se enumeran a continuación:</b>
	El historial administrativo oficial (nombre, dirección, fecha de nacimiento, curso/grado finalizado, nota media (GPS), clasificación/ranking en el curso, historial de asistencia y el número de identificación del estudiante asignado por el estado de Massachusetts (SASID))
	Resultados de las pruebas y exámenes estandarizados, de inteligencia y de aptitud
	Observaciones, recomendaciones y/o calificaciones de los maestros y consejeros
	Historial de actividades extracurriculares
	Informe disciplinario
	Historial médico/de salud que incluya un informe de vacunación
	Evaluaciones del Equipo, planes educativos individualizados (IEP), evaluaciones y revisiones; planes de Educación regular 504, planes de adaptación del temario de estudios del distrito (CAP)
	Resultados y notas de las pruebas de MCAS para los cursos/grados 8, 9, 10 y/o 12 (solamente para residentes de Massachusetts)
	Otras cosas (especificar):

Mi firma autoriza a las Escuelas Públicas de Hingham a solicitar o a reenviar las partes mencionadas del expediente académico de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del progenitor o tutor

\_\_\_\_\_  
firma del progenitor o tutor

\_\_\_\_\_  
fecha

Soy el progenitor/tutor legal de \_\_\_\_\_

Nombre del alumno

POR FAVOR ENVIE EL EXPEDIENTE ACADEMICO A:

HINGHAM HIGH SCHOOL  
SCHOOL COUNSELING OFFICE  
17 UNION STREET  
HINGHAM, MA 02043  
FAX: 781-741-1515

## CUESTIONARIO DE SALUD PARA NUEVOS ALUMNOS

Por favor cumplimente el cuestionario adjunto y entréguelo en la oficina principal o envíelo por correo electrónico a la atención de Kristine O’Keeffe en la siguiente dirección: [kokeeffe@hinghamschools.org](mailto:kokeeffe@hinghamschools.org)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Año de graduación: _____ Dirección donde reside: _____	
Nombre del padre: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de casa: _____ Dirección: _____	Nombre de la madre: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de casa: _____ Dirección: _____
Nombre del tutor legal: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de casa: _____ Dirección: _____	Nombre del tutor legal: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de casa: _____ Dirección: _____
Escuela anterior: _____	
Dirección de la escuela anterior: _____	

**POR FAVOR ADJUNTE UN INFORME/HISTORIAL DE VACUNACIÓN Y UNA COPIA DEL RECONOCIMIENTO MEDICO REALIZADO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO (esto es un requisito del Departamento de Salud Pública de Massachusetts).**

¿Tiene el estudiante ...:

- Alergias? No \_\_\_\_\_ Sí (describa) \_\_\_\_\_  
 ¿Utiliza el alumno un Epipen? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_  
 ¿Utiliza el alumno un inhalador? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_
- Problemas de visión? No \_\_\_\_\_ Sí (describa) \_\_\_\_\_  
 ¿Utiliza el alumno gafas? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_  
 ¿Utiliza el alumno lentes de contacto? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_
- Problemas de audición? No \_\_\_\_\_ Sí (describa) \_\_\_\_\_  
 ¿Utiliza el alumno audífono? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_  
 ¿Utiliza el alumno un sistema FM? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_
- Historial de lesiones de cabeza? No \_\_\_\_\_ Sí (describa) \_\_\_\_\_
- Operaciones pasadas o lesiones importantes? No \_\_\_\_\_ Sí (describa) \_\_\_\_\_



Hingham High School

Departamento de Consejería/Orientación  
781-741-1560, ext. 2116  
Fax: 781-741-1515

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

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que en la actualidad no me encuentro, ni nunca me he encontrado, bajo acusación de un delito grave.

**Firma del Estudiante:** \_\_\_\_\_

## Hingham High School – Departamento Deportivo

Queridos estudiantes y padres:

¡Bienvenidos a Hingham High School! Espero que disfruten de su estancia aquí y aprovechen todas las oportunidades que ofrece Hingham High. Tenemos un programa deportivo muy amplio. Todos los deportes se encuentran enumerados por temporada en el Manual del Estudiante de Hingham High School. Si desean participar en algún deporte, deben completar lo siguiente:

- Presentar un reconocimiento médico (los exámenes médicos tienen una validez de 13 meses) a la oficina del Departamento Deportivo.
- Inscribirse para el deporte que deseen en su portal Aspen X2 – encontrarán instrucciones detalladas de cómo hacer esto en la parte inferior \*Por favor tengan en cuenta que no tendrán acceso a Aspen X2 hasta el primer día en Hingham High School.- Por favor regístrese después del primer día.
- Envíen el Formulario MIAA 200 (Referencia a la regla MIAA 57) a su escuela anterior y solicítenles que nos lo envíen por fax a la atención del Director Deportivo de Hingham High School al número 781·741·1515.
- Paguen la tasa deportiva en línea o mediante cheque a nombre de Hingham Public Schools y envíenlo a la oficina del Departamento Deportivo.

Una vez más, bienvenidos a Hingham y espero conocerlos pronto.

Atentamente,  
James Quatromoni  
Director Deportivo

### Instrucciones para inscribirte en un deporte a través del portal Aspen/X2

1. Inicie sesión en su cuenta de Aspen
2. Vaya a la pestaña “**My Info**” en la parte superior.
3. Haga clic en “**Reports – High School Athletics Signup**”
4. Seleccione cada uno de los deportes que planea jugar por temporada
5. Reconozca que ha realizado el examen del curso en línea sobre detección de contusiones cerebrales (concussion screening), seleccionando “**Yes**”
6. Escriba **su nombre** para su firma electrónica
7. Seleccione “yes” o “no” en lo referente a traumatismos cerebrales
8. Seleccione “yes” o “no” en lo referente a contusiones cerebrales
9. Proporcione fechas de dichos traumatismos y contusiones cerebrales, si procede
10. Seleccione “yes” o “no” si requiere un EPIPEN o inhalador
11. Seleccione “yes” o “no” después de leer el documento de consentimiento (**Permission Statement**)
12. Vuelva a escribir su nombre como firma electrónica
13. Seleccione el formato Adobe Acrobat
14. Haga clic en el botón “**RUN**” que encontrará en la esquina inferior izquierda - solo haga clic **UNA VEZ**

Director Deportivo -James Quatromoni jquatromoni@hinghamschools.org 781·741·1560 extensión. 2161



ESTE FORMULARIO DEBE SER LLEVADO A CABO EN SU TOTALIDAD ANTES DE PODER PARTICIPAR – En el caso de alumnos que se transfieran a su escuela después del comienzo de temporada de práctica, este formulario no será suficiente. Deberá solicitar una exención e incluir el Formulario 200.

REGLA DE TRANSFERENCIA- FORMULARIO 200

- A. El director de la escuela receptora cumplimentará esta sección y se lo enviará al director de la escuela de origen.
- Director de la escuela receptora: Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Fax de la escuela: \_\_\_\_\_
  - El nombre del estudiante \_\_\_\_\_ grado/curso \_\_\_\_\_ Fecha de inscripción \_\_\_\_\_ Dirección del estudiante \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
  - El estudiante desea participar en los siguientes deportes:  
Otoño: \_\_\_\_\_ Invierno: \_\_\_\_\_ Primavera: \_\_\_\_\_
  - Motivo del estudiante para transferirse de escuela: \_\_\_\_\_

B. El Director de la escuela de origen y el Director Deportivo completan esta sección y se lo reenvían al director de la escuela receptora.

- Director de la escuela de origen: Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
- Enumere TODA la participación deportiva del alumno desde el inicio del grado/cursó 9º (incluido el nivel como por ejemplo F, JV, V, AAU, etc. y la escuela)

	Grado/cursó 9º	Grado/cursó 10º	Grado/cursó 11º	Grado/cursó 12º
Otoño:				
Escuela				
Invierno:				
Escuela				
Primavera				
Escuela				

- El Director y el Director Deportivo de la escuela de origen certifican lo siguiente poniendo sus iniciales en cada uno de los siguientes apartados (Cumplimente las secciones 3a-e O haga una marca de verificación en la casilla junto a la sección 4ª):
  - Según nuestro criterio no se han llevado a cabo prácticas de reclutamiento:
  - En el momento del cambio de escuela del alumno, el estudiante poseía un buen historial:
  - El estudiante sería apto académicamente en nuestra escuela.
  - No tenemos conocimiento de que el cambio de escuela estuviera relacionado con los deportes. Si este fuera el caso, nos opondríamos a la elegibilidad de dicho estudiante:
  - El estudiante que se transfiere sería apto para participar en los deportes de nuestra escuela: \_\_\_\_\_
  - Comentarios \_\_\_\_\_
- (por favor no haga una marca de verificación en esta casilla si ha contestado a la pregunta 3). Apoyamos la Normativa de Transferencia 57.1 de MIAA: aquellos estudiantes que se transfieran de mi escuela a cualquiera de las escuelas miembro de MIAA, no serán elegibles para participar en ninguna competición atlética inter escolar a ningún nivel durante un período de un año en cualquier deporte en el que haya participado previamente (durante el período de un año antes de cambiarse de escuela) a un nivel *varsity* o equivalente.
- ¿Ha tenido este estudiante alguna infracción por posesión o consumo de sustancias químicas desde el comienzo de la temporada de prácticas de otoño?  
No      Sí      En caso afirmativo, indique si la penalización ha sido cumplida o si necesita ser cumplida (haga un círculo)
- Firma del Director Deportivo de la escuela de origen: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- Firma del Director de la escuela de origen: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

C. APROVADO (solo puede ser aprobado cuando la sección B3a-e tengan las iniciales correspondientes)

- El Director de la escuela receptora certifica la elegibilidad de la Normativa de Transferencia (Ref. B, 3, a-f) el:      /      /
- El alumno también es elegible/apto bajo demás estándares de MIAA y estándares locales: \_\_\_\_\_ Sí      No
- Firma del Director de la escuela receptora: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
- Firma del Director Deportivo de la escuela receptora: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

D DENEGADO (debe de ser denegado si algún apartado de la sección B,3,a-e no tiene las correspondientes iniciales \_O si la casilla de la sección 4 posee una marca de validación)

- El Director de la escuela receptora NO certifica la elegibilidad de la Normativa de Transferencia (Ref. B, 3, a-f) el:      /      /
- Firma del Director de la escuela receptora: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
- Firma del Director Deportivo de la escuela receptora: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

NO ENVIE ESTE FORMULARIO A MIAA (a no ser que quiera solicitar una exención) POR FAVOR ENVÍELO A LA ESCUELA RECEPTORA

RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO EL MANUAL DE  
HINGHAM HIGH SCHOOL

He recibido un enlace para leer el manual del estudiante de Hingham High School para el año 2023-2024. El manual también incluye la ley estatal con respecto a las novatadas y el *código de disciplina* de las escuelas públicas de Hingham. También soy consciente de que puedo encontrar dicho manual del estudiante en la siguiente página web: [hinghamschools.org](http://hinghamschools.org).

---

Firma del estudiante

Fecha

---

Escriba el nombre del estudiante

Año de graduación

---

Firma del progenitor/tutor legal

Fecha

Tanto el Progenitor/Tutor legal como el Estudiante deben firmar la declaración anterior.  
Este documento se guardará en la oficina de la escuela durante un período de un año.

**Año escolar:** \_\_\_\_\_ **TARJETA DE EMERGENCIA DEL ALUMNO** **Año de graduación:** \_\_\_\_\_

Nombre legal del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre que prefiere: \_\_\_\_\_  
Apellido nombre nombre medio

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: F/M/N Grado/cursó: \_\_\_\_\_ Maestro/Consejero: \_\_\_\_\_

Vive con: \_\_\_\_\_ ambos padres \_\_\_\_\_ tutor \_\_\_\_\_ madre \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_ otro (especifique)

Nombres y edades de los hermanos: \_\_\_\_\_

**1er Progenitor/Tutor legal:** Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) nombre

Dirección (si diferente a la anterior): \_\_\_\_\_

Empresa en la que trabaja: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ teléfono trabajo: \_\_\_\_\_ móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**2º Progenitor/Tutor legal:** Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) nombre

Dirección (si diferente a la anterior): \_\_\_\_\_

Empresa en la que trabaja: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ teléfono trabajo: \_\_\_\_\_ móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nombres de otras personas que asumirán responsabilidad/transporte**

Nombre \_\_\_\_\_ tlfn casa \_\_\_\_\_ móvil \_\_\_\_\_ tlfn trabajo \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ tlfn casa \_\_\_\_\_ móvil \_\_\_\_\_ tlfn trabajo \_\_\_\_\_

**Ordenes de Alejamiento** – por favor indique si hay alguna restricción paterna (ordenes de alejamiento emitida por tribunal). Copias de los documentos legales deberán de ser entregadas en la oficina del director. Es la responsabilidad de los padres de proporcionar documentos actualizados a la escuela cuando los anteriores caduquen. **Si/No**

En caso de emergencia la escuela hará todo lo posible para contactar con los padres/tutores legales antes de llamar al personal médico de urgencias. Su hijo será transportado en ambulancia a un centro de emergencia si fuera necesario.

Nombre de su médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de su dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo un seguro médico? SÍ / NO

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ n° de póliza: \_\_\_\_\_

Por favor indique todas las condiciones médicas que apliquen a su hijo:

\_\_\_\_\_ Condiciones del corazón \_\_\_\_\_ diabetes \_\_\_\_\_ asma \_\_\_\_\_ depresión \_\_\_\_\_ ansiedad  
\_\_\_\_\_ trastorno de convulsiones \_\_\_\_\_ migrañas \_\_\_\_\_ TDA/TDAH \_\_\_\_\_ Otro

Especifique: \_\_\_\_\_

Enfermedades o lesiones recientes: \_\_\_\_\_

Anote todas las medicaciones y las cantidades correspondientes que esté tomando su hijo:

Alergias: \_\_\_\_\_

*Por favor especifique – comida, insectos, medicaciones, ambientales, etc.*

¿Le han recetado un Epi Pen? \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Le han recetado un inhalador? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

\_\_\_ Problemas auditivos (especifique): \_\_\_ oído izquierdo \_\_\_ oído derecho \_\_\_ audífono

\_\_\_ Problemas de visión (especifique): \_\_\_ lleva gafas (¿de lejos o de cerca?) \_\_\_ lentes de contacto

## AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Autorizo a la enfermera de la escuela a que lleve a cabo los siguientes servicios para mi hijo:

1. Administrar cualquier medicamento recetado por un médico para el cual la enfermera de la escuela haya recibido una orden oficial.
2. Compartir cualquier información sobre la salud de mi hijo y/o cuestiones relacionadas con su salud, con el personal escolar apropiado, el médico de atención primaria, el dentista o personal médico de urgencias como un ATS.
3. Administrar a mi hijo los siguientes medicamentos de venta sin receta médica (o equivalentes genéricos) si fuera necesario, mientras esté en la escuela. Las dosis de los medicamentos se administrarán según las instrucciones del envase y según la orden del médico de la escuela. He **TACHADO** cualquier medicamento que **NO QUIERO** que sea administrado a mi hijo.

### Lista de medicamentos:

Aquaphor	Crema Caladryl (loción contra los picores)	Crema de Hidrocortisona
Paracetamol (Tylenol)	Pastillas para la tos/ garganta	Ibuprofeno (Motrin, Advil)
Ungüento de bacitracina	Difenhidramina (Benadryl)	Orajel
Crema de Benadryl	Gotas para los ojos (sin receta)	Tums/tabletas antiácido
Loratadina (Claritin) – sólo para estudiante de HMS y HHS		
Edad: _____	Peso: _____	

Firma del progenitor/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(revisado el 22/06/22)