

2019-2020	Districto: Distrito Escolar Brandywine	Escuela:		
Para uso exclusivo de oficina solamente				
Estudiante:	ID:	Género:	Grado:	Salon:



Distrito Escolar Brandywine

Planilla de Inscripción

Sólo para uso de Oficina

--	--	--	--	--	--

Información del Estudiante			
2019-2020 Grado:			
Primer Nombre:			
Segundo Nombre:			
Apellido:			
Generación:	<input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V		
Apodo:			
Género:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
F. de Nacimiento:			
Tel. de Casa:		<input type="checkbox"/> No en Lista	

Información de Custodia: Si el niño(a) vive con alguien que no sea su madre o su padre natural, por favor indique:	
Nombre:	
Relación:	
¿Existen Documentos de Custodia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Origen étnico del estudiante			
¿Es este estudiante hispano o latino? (Elija una respuesta.) Las personas procedentes de Cuba, México Puerto Rico, Sur y Centro América, u otros países hispanos se consideran hispanos o latinas independiente de su raza.			
		<input type="checkbox"/> Si	
		<input type="checkbox"/> No	
Marque una o más de las opciones para indicar la raza del estudiante a continuación			
<input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	Seleccione todas las que correspondan	

Información Adicional	
¿El estudiante ha sido suspendido o expulsado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tiene su niño(a): (documentación requerida)	
IEP (Plan de Educación Individualizado):	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Plan de Acomodación 504:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dificultades de Aprendizaje:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dificultades Físicos:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Por favor Indique la dirección (de su casa) y la dirección de envío de correo, si son diferentes.			
Dirección:			
Apartamento #:			
Area:			
Ciudad:			
Estado/Código Postal:			
Dirección de envío de correo	<input type="checkbox"/> Lo mismo del anterior?		
Apartamento #:			
Area:			
Ciudad:			
Estado/Código Postal:			

Nombre/Dirección anterior, de la Escuela, Centro Pre-Escolar, o Guardería de niño	
Nombre:	
Calle/Apartamento	
Ciudad:	
Estado:	Código Postal:
Teléfono #:	
Fax:	

Información de Hermanos en Edad Escolar			
Nombre:			
Fecha de Nacimiento:		Grado:	
Escuela:			
Nombre:			
Fecha de Nacimiento:		Grado:	
Escuela:			
Nombre:			
Fecha de Nacimiento:		Grado:	
Escuela:			

Para uso exclusivo de oficina	Estudiante:		ID:	
-------------------------------	-------------	--	-----	--

2019 – 2020 INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE CON CONEXIÓN MILITAR

Todas las escuelas públicas de Delaware comenzando el año escolar 2016 – 2017 requieren identificar anualmente estudiantes registrados quienes tienen conexión militar de acuerdo al 14 DE Admin. Código 932, 14 Del.C. Capítulo 1, §122 (b) (28), 10 U.S.C. §101(d) (2014), y la Ley reautorizada Cada Estudiante tiene Exito Act (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq. Para posiblemente proporcionarle a su estudiante apoyos y servicios adicionales si es necesario.

Por favor lea las siguientes declaraciones y marque la casilla apropiada a continuación.

- Si usted es padre/madre o padrastro/madrastra, solo marque la casilla sobre su desempeño y posición en las fuerzas armadas de los Estados Unidos.
- Si usted es un padre o padrastro que cumple con la definición de la casilla uno o dos, y si hay una familiar que reside en el mismo hogar que reúne la definición de la casilla 3, entonces ambas casillas deben ser marcadas,
- Si su estudiante no tiene conexión militar, por favor marcar el cuarto casillero, "No Aplica".

PADRES O PADRASTROS

"Servicio Activo" –Yo soy un padre/padrastro, miembro **"activo"** de las Fuerzas Armadas (Ejército de los Estados Unidos, Marina de los Estados Unidos, Fuerza Aérea de los Estados Unidos, Miembro de la División de la Marina de los Estados Unidos o Miembro de la Guardia Costera de los Estados Unidos) de acuerdo al Código de los Estados Unidos §101(Decreto) (2014), Reautorización del Exito de cada Estudiante Act (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq.

"Servicio Activo/Recientemente Retirado/Reserva/Identificado como un Veterano con Discapacidad/ Abatido en Acción" – Un padre o padrastro que reside en el mismo hogar, quien está activo en el servicio militar, sirviendo en la reserva, Identificado como un Veterano con discapacidad, abatido en acción, o recientemente retirado (dentro de los 18 meses antes al 30 de septiembre del año escolar) de un rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. Dichas ramas están conformadas por el Ejército de los Estados Unidos, Fuerza Aérea de los Estados Unidos, miembro de la Corporación de la Marina, la Marina de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, la Guardia Costera de los Estados Unidos, Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de acuerdo a 14 DE Admin. Code 932, 14 Del.C. Chapter 1, §122 (b) (28), 10 U.S.C. §101(d) (2014).

MIEMBROS INMEDIATOS DE LA FAMILIA O CUALQUIER OTRA PERSONA QUE RESIDE EN EL MISMO HOGAR

"Servicio Activo /Recientemente Retirado/Reserva/Identificado como un Veterano con Discapacidad/Abatido en Acción" – Un miembro de la familia cercano, incluido un hermano o cualquier otra persona que reside en el mismo hogar, quién está en el servicio activo, prestando servicio en la Reserva, identificado como un Veterano con discapacidad, abatido en acción o recientemente retirado (dentro de los 18 meses antes al 30 de septiembre del año escolar) de una rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. Dichas ramas están conformadas por el Ejército de los Estados Unidos, Fuerza Aérea de los Estados Unidos, miembro de la Cooperación de la Marina de los Estados Unidos, la Marina de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, la Guardia Costera de los Estados Unidos, Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de acuerdo a 14 DE Admin. Code 932, 14 Del.C. Chapter 1, §122 (b) (28), 10 U.S.C. §101(d) (2014).

NO APLICA

Información Sobre Cómo el Distrito Escolar de Brandywine Comparte la información del Estudiante

El Distrito Escolar de Brandywine reconoce la necesidad de proteger la información y la privacidad de los estudiantes y la necesidad de promover actividades educativas y extracurriculares en los medios de comunicación dentro y fuera del distrito. La ley Federal (FERPA) permite que el distrito comparta información del directorio en circunstancias limitadas. La información de directorio es información sobre el estudiante que generalmente no se considera una invasión de la privacidad, como el nombre, la dirección, fotografías, actividades y deportes. Si desea impedir que el distrito comparta información, fotos o que sea incluido en artículos, por favor obtenga un formulario de exclusión en la oficina de la escuela de su hijo.

Yo, _____ otorgo autorización al Distrito Escolar Brandywine para comunicarse con cualquiera de los siguientes para la verificación de domicilio, (Escribir el nombre del Padre/Guardián Legal)

dependencia, y autenticidad de la información dada en cualquiera o todos los documentos de información del estudiante que lleva mi firma. Esta autorización seguirá siendo válida y activo durante la inscripción de mi hijo(a) en el Distrito Escolar Brandywine.

- 1) Dueño/Agente de Propiedad Actual 2) Previo dueño de propiedad o dueño de casa 3) Trabajo 4) Agencia de ayuda de Gobierno
5) Oficina de Servicio Postal US 6) Oficina de Servicios de impuestos 7) Oficina de Vehículos Motorizados

Al firmar la planilla del estudiante, Yo entiendo que si hago declaraciones falsas, Yo:

- Estoy sujeto a una multa civil mínima de \$ 1,000. Y un máximo del costo promedio anual por la educación del estudiante.
- Puedo ser sometido a reembolsar los costos de matrícula al Distrito Escolar
- Puedo ser sometido a un proceso penal.

Yo certifico y declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas de acuerdo a mi conocimiento.

**FIRMA de
PADRE/GUARDIÁN:**

FECHA:

ESTA PÁGINA INTENCIONALMENTE SE DEJA EN BLANCO

Actualización Historial Médica de un Estudiante: Esta información será compartida cuando sea necesario con la escuela, administración y empleados de emergencia, en caso de emergencias a menos que usted nos informe lo contrario, no proveeremos esta información.

1. Verifique si el alumno ha tenido dificultades con alguno de lo siguiente. Proporcione fecha e información adicional en la sección de comentarios:

- | | | | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Menorragia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Habla | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas de huesos | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Riñones | <input type="checkbox"/> Cirugía | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Intestino/Vejiga | <input type="checkbox"/> Auditivo | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Comportamiento | _____ |
| <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Concusión Cerebral | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Convulsiones | | |

Comentarios: _____

2. ¿Tiene su hijo(a) alergias a la medicina, látex o a la picadura de insectos? Si No

A Qué? _____ ¿Que Sucede? _____

Tratamiento: _____

3. ¿tiene su hijo(a) una alergia de alimentos documentada por un proveedor de atención médica? Si No

A Qué? _____ ¿Que Sucede? _____

Tratamiento: _____

Un Plan de acción para Alergias a la Comida completado por un proveedor de salud es requerido para todos los estudiantes con alergias

4. ¿Necesitará su hijo(a) un menú individual que no causen alergias por un profesional Nutricionista del Distrito Escolar de BSD?

Nota: Alimentos proporcionados por el hogar es la opción más segura para los estudiantes que tienen alergias

- No. Asumiré toda la responsabilidad de proporcionar a mi hijo(a) alimentos escolares que no causen alergias
- Si. Proporcionaré a la enfermera de la escuela un Plan de acción contra la alergia de alimentos, completado por un proveedor de atención médica autorizado. Si no proporciona la documentación del médico, el resultado será que su hijo(a) reciba el alimento regular.

5. ¿Ha Visto su hijo(a) a un profesional de salud dese que terminaron las clases en junio? Si No

Razón _____

6. ¿Recibe su hijo(a) un tratamiento o está siendo evaluado(a) por algún problema de salud? Si No

Indicar: _____

7. ¿Toma su hijo(a) alguna medicación o recibe algún tratamiento? Si No

Nombre de medicina o tratamiento: _____

Neceista su hijo(a) medicina/tratamiento durante el horario escolar. **Si la respuesta es sí, por favor contactarse con la enfermera de la escuela para hacer los arreglos correspondientes.** Si No

8. ¿Se le ha recetado a su hijo(a) lentes o lentes de contacto? Si No

Fecha del último examen: _____ Si su hijo(a) usa lentes o lentes de contacto, ¿cuándo fue la última vez que cambio la receta? _____

9. ¿Ha tenido su hijo(a) algún malestar emocional (mudanza reciente, muerte, separación, divorcio) desde que terminó la escuela en junio? Si No

Indicar _____

Información Médica:		Fecha de última cita			
Médico Familiar:				Teléfono:	
Dentista Familiar:				Teléfono:	
Seguro Médico:				Tipo:	
Número de Certificado		Grupo No		# de Medicaid	

Yo doy permiso para que mi hijo(a) tome lo siguiente según lo determine la enfermera:

Acetaminophen (Tylenol®) Si No Benadryl Si No Ibuprofen (Advil®) Si No Tums® Si No

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Procedimientos de emergencia escolar: Las escuelas han adoptado los siguientes procedimientos que serán implementados para cuidar a su hijo(a) cuando se enferme o lesione en la escuela. En emergencia extrema la escuela puede llamar a una ambulancia antes de llamar a los padres para buscar atención médica inmediata.

En caso de emergencia y/o necesidad de atención médica u hospitalización :

- La escuela llamará a la casa. Si no hay respuesta,
- La escuela llamará al padre/guardián 1ro, padre/guardián 2 al lugar del trabajo. Si no hay respuesta,
- La escuela llamará a los otros números de teléfonos listados y al médico
- Si ninguno de estos responde, la escuela llamará a una ambulancia, si es necesario, para transportar al estudiante a un centro médico local
- Basado en el juicio médico del doctor, el estudiante puede ser admitido a un centro médico local.
- La escuela continuará llamando a los padres/guardián, y medico hasta que alguien sea contactado.
- La información en este formulario puede ser compartida con el personal médico de emergencia.

