

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES 2020-2021

Al llenar este formulario, yo o nosotros como padre/tutor reconozco que la inscripción de estudiantes en el Centro de Aprendizaje para Sordos es voluntaria y se realiza durante una pandemia. Mientras que TLC está tomando todas las precauciones y desarrollando un Plan de Acción de Reapertura completo que aborda la salud y seguridad de nuestros estudiantes, familias, personal y visitantes, yo/nosotros entendemos el riesgo que implica enviar a mi hijo(s) para las clases en persona.

Por favor marque uno: Walden School o Marie Philip School

Por favor, llene la siguiente información completamente y regrese a la escuela ANTES DEL 24 DE AGOSTO.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Grado de su hijo(a) (Favor indique Pre-K, K-12, 12+): _____

Identidad de género de su hijo (a): Masculino Femenino No Binaria

¿Su hijo tiene seguro médico? Si No

Seguro Medico _____ Número de Póliza _____

Seguro Dental _____ Número de Póliza _____

Primer Nombre y Apellido de Padre/tutor 1: _____

Relación con el niño: _____ Idioma principal de Padre/Tutor: _____

Dirección de padre o tutor: _____

Parte superior del Formulario

Número de Casa: _____ (por favor marque uno) VP TXT Voz

Parte inferior del Formulario

Número de Celular: _____ (por favor marque uno) VP TXT Voz

Número de Trabajo: _____ (por favor marque uno) VP TXT Voz

Correo Electrónico: _____

¿Que método de contacto prefiere?: (por favor marque uno o más) Casa Celular Trabajo Correo Electrónico: _____

¿En qué idioma preferiría ser contactado en: _____ ¿En qué idioma desea el IEP de su hijo: _____

Primer Nombre y Apellido de Padre/tutor 2: _____

Relación con el niño: _____ Idioma principal de Padre/Tutor: _____

Dirección de padre o tutor: _____

Parte superior del Formulario

Número de Casa: _____ (por favor marque uno) VP TXT Voz

Parte inferior del Formulario

Número de Celular: _____ (por favor marque uno) VP TXT Voz

Número de Trabajo: _____ (por favor marque uno) VP TXT Voz

Correo Electrónico: _____

¿Qué método de contacto prefiere?: (por favor marque uno o más) Casa Celular Trabajo Correo Electrónico: _____

¿En qué idioma preferiría ser contactado en: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Número de teléfono:** _____

PADRE QUE VIVE EN UNA DIRECCIÓN DIFERENTE:

Primer Nombre y Apellido de Padre/tutor: _____

Relación con el niño: _____ Idioma principal de Padre/Tutor: _____

Dirección de padre o tutor: _____

Parte superior del Formulario

Número de Casa: _____ (por favor marque uno) VP TXT Voz

Parte inferior del Formulario

Número de Celular: _____ (por favor marque uno) VP TXT Voz

Número de Trabajo: _____ (por favor marque uno) VP TXT Voz

Correo Electrónico: _____

¿Que método de contacto prefiere?: (por favor circulé uno o más) Casa Celular Trabajo Correo Electrónico: _____

¿En qué idioma preferiría ser contactado en: _____

¿En qué idioma desea el IEP de su hijo: _____

Primer idioma de los padres: I

Si el inglés NO es tu primer idioma, por favor seleccione el idioma principal utilizado.

- Lenguaje de Señas Americano
- Caboverdiano
- Francés
- Griego
- Italiano
- Portugués
- Español
- Árábigo
- Creole Haitiano
- Mandarín
- Otro _____

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES
2020-2021**

Por favor marque uno: Walden School o Marie Philip School

Enumere 4 contactos de Emergencia si el padre/tutor no está disponible:

Algunos ejemplos de contactos de emergencia serían tías, tíos, abuelos o vecinos que están a 30 minutos de distancia en automóvil. Nota: NO PADRES

Nombre _____	Nombre _____
Relación al niño _____	Relación al niño _____
Teléfono de Casa _____	Teléfono de Casa _____
Teléfono de Trabajo _____	Teléfono de Trabajo _____
Teléfono de Celular _____	Teléfono de Celular _____
Correo Electrónico _____	Correo Electrónico _____

Nombre _____	_____
Relación al niño _____	Relación al niño _____
Teléfono de Casa _____	Teléfono de Casa _____
Teléfono de Trabajo _____	Teléfono de Trabajo _____
Teléfono de Celular _____	Teléfono de Celular _____
Correo Electrónico _____	Correo Electrónico _____

AUTORIZACIÓN Y PERMISO:

Yo, padre/tutor de: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Si No Yo autorizo a la Escuela Marie Philip a llevar a mi hijo en viajes de campo utilizando vehículos escolares u otros medios de transporte aprobados por la escuela.

Firma del Padre/Tutor: _____ Número de teléfono: _____

Comentarios: _____

PERMISO DE LOS PADRES/TUTORES PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN FÍSICA Y ATLETISMO

Programa de Educación Física

Si No Mi hijo puede participar plenamente en el Programa de Educación Física de la Escuela Marie Philip.

De **NO** ser el caso, especifique las restricciones: _____

Documentación medica de las restricciones del participante son requeridas

El Programa Atlético de la Escuela Marie Philip

Si No Mi hijo puede participar plenamente en el Programa Atlético de la Escuela Marie Philip.

De **NO** ser el caso, especifique las restricciones: _____

Se requiere documentación médica de las restricciones del participante

Con el fin de ser aceptado en un equipo y participar en la práctica y eventos deportivos, el estudiante debe tener un examen físico actual, de menos de 1 año de antigüedad, que afirma que él/ ella puede participar plenamente en los deportes y especifica las limitaciones.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

**INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE
2020-2021**

Por favor marque uno: Walden School o Marie Philip School

Nombre del Estudiante: _____

Estatura del Estudiante _____ Peso _____ Color de Pelo _____ Color de ojos _____

Marcas de identificación _____

Capacidad de auto asistencia: Alimentación Independiente Necesita asistencia
Uso del baño Independiente Necesita asistencia

Historial de Salud

¿Su hijo toma algún medicamento en el hogar o sin receta médica? SI NO

Medicamento: _____

Motivo de la medicación _____

Qué medicamentos se administrarán en la escuela: _____

Asma: SI / NO Desencadenantes del Asma: _____

Tratamiento: Nebulizador / Inhalador _____

Problemas dentales: _____

Fecha del último examen dental: _____

Implante Coclear Fecha izquierda implantada _____ Fecha derecha implantada _____

Dolores de cabeza frecuentes _____ Tratamiento: _____

¿Usan anteojos/lentes de contacto? SI / NO Para: CERCA DISTANCIA

Limitaciones o restricciones físicas (**DOCUMENTADO POR EL MÉDICO**) _____

Por favor, marque todos los problemas de salud que aplican a su hijo:

Enfermedad Cardíaca Diabetes Epilepsia

Otras condiciones medica (Favor especificar) _____

Por favor enumere los problemas de salud mental que se aplican a su hijo:

Por favor marque las alergias que aplican a su hijo:

comida insectos medicación medio ambiente otros NKA (no hay alergias conocidas)

Especifique las alergias de su hijo: _____

Epi-pen si no Fecha del último examen físico: _____

Enfermedad quirúrgica/grave reciente o cambio en el diagnóstico _____

PERMISO TYLENOL/ADVIL

Por favor, marque TODO lo siguiente que usted da su permiso para que su hijo reciba durante el horario escolar:

Advil Tylenol Pomada bacitracina Bloqueador solar Gotas para la tos

Doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir información relevante para el estado de salud de mi hijo con el personal médico apropiado de la escuela y/o emergencia cuando sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo. Doy permiso para intercambiar información con el médico de atención primaria de mi hijo con el propósito de referencia, diagnóstico y tratamiento. Doy permiso para tratamiento médico de emergencia.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Nombre del dentista: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DE LOS ESTUDIANTES VOLUNTARIOS
2020-2021

Por favor marque uno: **Walden School** o **Marie Philip School**

Las escuelas deben comunicar anualmente al Estado los datos sobre la raza y el origen étnico de los estudiantes. El Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts pide a las escuelas que pidan a los padres/tutores o estudiantes que se identifiquen a sí mismos sobre la base de la raza y la etnia. Sin embargo, esta identificación no puede ser requerida de un padre, tutor o estudiante. Completar este formulario es voluntario.

Nombre del Estudiante: _____

Seleccione uno. Si una definición no encaja, marque la **última** casilla.

Indio Americano (no hispano) - Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte (incluye nativos de Alaska).

Negro (no hispano) - Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

Asiático (no hispano) - Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Blanco (no hispano) - Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, África del Norte, o el Oriente Medio.

Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico (no hispano) - Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Dos o más razas (no hispanas) - Una persona que es dos o más razas enumeradas arriba Y NO es una persona de origen hispano.

Una raza e hispano - Una persona de México, Puerto Rico, Cuba, América Central o del Sur, u otra cultura o origen español y una raza mencionada anteriormente.

Dos o más razas e hispanos - Una persona de México, Puerto Rico, Cuba, América Central o del Sur, u otra cultura o origen español y también dos o más razas mencionadas anteriormente.

No se identifica en una de las categorías anteriores. Comentarios: _____