

## 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 \_\_\_\_\_



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



---

---

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