

Nombre de la Escuela _____	ES MS HE Otro (marcar uno)
Maestro(a) _____	No. de armario _____ No. de ómnibus (AM) _____
ID del Alumno: _____	Camina a la escuela <input type="checkbox"/> No. de ómnibus (PM) _____
	Va en ómnibus a la escuela <input type="checkbox"/> No. de ómnibus (Alt.) _____

TARJETA DE INFORMACIÓN DEL ALUMNO

SU ALUMNO

Nombre del Alumno _____

Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre

Teléfono de la casa _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Grado _____

Dirección de la casa _____

Ciudad _____ Código Postal _____

¿En qué tipo de vivienda vive? Vivienda unifamiliar separada o casa rodante Townhouse o duplex Apartamento o condominio

Dirección de correo (si es diferente a la mencionada) _____ Código Postal _____

PADRES/TUTORES

1. Sr/Sra/Srta _____

Teléfono (C) _____ (T) _____ (Cel.) _____ (Busc.) _____

Correo electrónico _____ Empleador (nombre de la compañía) _____

2. Sr/Sra/ Srta _____

Teléfono (C) _____ (T) _____ (Cel.) _____ (Busc.) _____

Correo electrónico _____ Empleador (nombre de la compañía) _____

CUIDADO TEMPORAL

Enumere dos adultos cercanos que puedan asumir el cuidado temporal de su hijo(a) cuando no se le pueda ubicar.
IDENTIFIQUE EL PROVEEDOR DE CUIDADOS DEL NIÑO

1. Nombre _____ Relación con el niño(a) _____

Dirección _____ Teléfono _____

2. Nombre _____ Relación con el niño(a) _____

Dirección _____ Teléfono _____

PASAJEROS DE ÓMNIBUS

Si su niño viaja en ómnibus y se le recogerá o dejará regularmente en una parada de ómnibus alternativa, por favor indique:

Dirección alternativa para recoger al niño: _____ Código Postal _____

Dirección alternativa para dejar al niño: _____ Código Postal _____

ACCESO MILITAR A INFORMACIÓN DE LOS ALUMNOS

La ley federal otorga a los reclutadores militares acceso a los nombres, direcciones y teléfonos a menos que los padres soliciten anualmente que no se divulgue dicha información. Los

formularios de negativa, necesarios solo para los alumnos de tercero y cuarto año de secundaria, están disponibles en todas las escuelas secundarias y en www.fcps.org/content/academics.cfm

LOS MEDIOS EN LA ESCUELA

En el transcurso de las actividades escolares, el personal FCPS y/o los medios de noticias ocasionalmente desean entrevistar, fotografiar o filmar en vídeo a los alumnos, exhibir su trabajo o publicar sus nombres. A menos que se indique de otra manera, a continuación, asumiremos que tienen permiso. (El FCPS no puede controlar la cobertura de los medios en eventos que son abiertos para el público).

Permiso denegado: _____



Nombre del alumno _____ Grado _____ Escuela _____

INFORMACIÓN DE SALUD Y EN CASO DE EMERGENCIA

CONTACTOS DE ATENCIÓN DE SALUD

Proveedor/Médico de atención de salud _____ Teléfono _____

Dentista _____ Teléfono _____

Compañía de Seguro de Salud _____

En caso de accidente o enfermedad grave, solicito que el personal de la escuela se ponga en contacto conmigo. Si no se me puede ubicar, autorizo por el presente al personal de la escuela para que se comuniquen con el médico indicado arriba o hacer los arreglos necesarios en mejor interés del niño

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO (COLOCAR UN ASPA EN DONDE CORRESPONDA):

_____ ADHD	_____ Problema dental	_____ Cardiopatía
_____ ADD	_____ Diabetes	_____ Problemas renales/vesícula
_____ Alergia: Picadura de abeja	_____ Discapacidad – Física	_____ Problemas menstruales
_____ Alergia: Alimentos	_____ Dolor de oído/Infecc. – Frec.	_____ Dolencia ortopédica
_____ Alergia: Latex	_____ Eczema	_____ Convulsiones
_____ Alergia: Medicamento	_____ Episodios de desmayo	_____ Dolor de garganta – Frec.
_____ Alergia: Pesticidas/Químicos*	_____ Trastornos gastrointestinales	_____ Problemas del habla
_____ Alergia: Estacional	_____ Dolor de cabeza - Frecuente	_____ Dolor de estómago – Frec.
_____ Anorexia/bulimia	_____ Problemas de audición/usa dispositi- vos de ayuda	_____ Problemas de la vista/ usa anteojos/lentes de contacto
_____ Asma		

Si ha colocado un aspa a las opciones anteriores, por favor explicar. Incluya también cualquier dato sobre la salud del niño que pueda ayudar al personal de la escuela a comprenderlo mejor y trabajar con él/ella.

¿SU NIÑO NECESITA ALGÚN MEDICAMENTO PARA ALGUNA ENFERMEDAD?

En casa: Sí No En el escuela: Sí No

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____

Motivo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____

Motivo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____

Motivo: _____

Recordatorio: Debe proporcionar un formulario del medicamento llenado por un proveedor de atención de salud para cada medicamento que tome el alumno en el escuela.

*FCPS usa el programa Integrated Pest Management (Administración Integrada de Plagas) para identificar y controlar los problemas de plagas en la escuela. Las escuelas de Educación primaria deben notificar al personal y a los padres/tutores de todos los alumnos 24 horas antes de aplicarse los pesticidas en el edificio o terreno de la escuela. Las escuelas de Educación Intermedia y Secundaria deben notificar solo a los padres, tutores o personal que cuentan con una solicitud de notificación por escrito en los archivos del escuela; los formularios se encuentran disponibles en cada escuela y se deben actualizar todos los años. (Para obtener mayores detalles, revise el Manual del Calendario FCPS o póngase en contacto con la escuela).

(por favor, llene el reverso)