

# REGISTRO DE INSCRIPCIÓN Y SALUD DE ESCUELAS PÚBLICAS DE CONWAY 2013-2014

CONWAY PUBLIC SCHOOLS RECORD OF ENTRY AND HEALTH 2013-2014

**NOMBRE DE LA ESCUELA:** \_\_\_\_\_  
SCHOOL NAME

**FECHA DE INSCRIPCIÓN:** \_\_\_\_\_  
DATE OF REGISTRATION

<b>**ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA**</b> (FOR OFFICE USE ONLY)	SUBZONE _____
Teacher/Homeroom/Advisory Teacher: _____	ENTRY CODE _____
Student ID Number _____	YR. OF GRAD _____

**Por favor complete toda la información con tinta negra. Notifique a la escuela si hay cambios durante el año.**

Please complete all information on this form in black ink. Notify the school of any changes throughout the year.

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE/STUDENT INFORMATION

**Nombre y apellido:** \_\_\_\_\_  
Student's Name (apellido/last) (nombre/first) (segundo nombre/middle)

**Número de Seguro Social del Estudiante** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_  
Student's Social Security Number Grade

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Lugar de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Sexo:** (Circular) **M** **F**  
Date of Birth mes/month día/day año/year Place of Birth Ciudad/City & Estado/State Sex (Circle)

**Raza/Race: Marcar Solo Uno (1)**

El Acta de Nacimiento Determina la Identificación de la Raza / (Definiciones Federal para la selección de la raza nombradas en paréntesis)

<b>Asiática/Asian:</b> _____ (Lejano Oriente/Asia/ Subcontinente Indio/Islands Pacificas)	<b>Negro/Black:</b> _____ (Africa)	<b>Hispano/Hispanic:</b> _____ (Mexico/Puerto Rico/Cuba/America Central- Sur)	<b>Indio Americano o Nativo de Alaska/American Indian or Alaskan Native</b> _____	<b>Blanco/White:</b> _____ (Europa/Norte de África/Medio Oriente)
---	---------------------------------------	---	---	--

**Dirección de la casa** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa** \_\_\_\_\_  
Home Address Zip Code Home Phone

**SUBDIVISIÓN** \_\_\_\_\_  
Subdivision

**Dirección de correo** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_ **Teléfono celular del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_  
Mailing Address Zip Code Parent/Guardian Cell

**\*\*\*\*\* Distancia aproximada de la escuela a la casa (marcar uno)\*\*\*\*\***

\*\*\*\*\*Approximate distance student lives from school: (Check)\*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_ **Menos de 2 millas** \_\_\_\_\_ **Más de 2 millas** **Si es más de dos millas, diga el número de millas.** \_\_\_\_\_ **millas**  
Less than 2 miles More than 2 miles If *more* than 2 miles, state the number of miles. miles

**Ultima escuela a la cual asistió:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
School last attended Phone

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_  
Address Fax

**¿En este momento está su hijo(a) bajo una orden de expulsión de otro distrito escolar?** **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_  
Is your child presently under an order of expulsion from another school district? Yes No

**Si es SI, dé el nombre y la dirección de la escuela:** \_\_\_\_\_  
If yes, list the name and address of the school

## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA/FAMILY INFORMATION

**Nombre y apellido de la madre:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_  
Mother's Name Address

**Guardián legal:**  **Sí**  **No** **Código postal** \_\_\_\_\_  
Legal Guardian Yes No Zip Code

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo** \_\_\_\_\_  
Employer Business Phone

**Si es NO, ¿quién es el guardián legal?** \_\_\_\_\_  
If NO, who is the legal guardian?

**Nombre y apellido del padre:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_  
Father's Name Address

**Guardián legal:**  **Sí**  **No** **Código postal** \_\_\_\_\_  
Legal Guardian Yes No Zip Code

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo** \_\_\_\_\_  
Employer Business Phone

**Estudiante vive con... (circule)/ Student lives with (CIRCLE)**

- |  |   |  |  |  |                                  |
|--|---|--|--|--|----------------------------------|
| <b>*Ambos Padres*</b><br>Both Parents      | <b>*Padre/Madrastra*</b><br>Father/ Step-mother | <b>*Madre/Padrastra*</b><br>Mother/Step-father | <b>*Solamente el Padre*</b><br>Father Only | <b>*Solamente la Madre*</b><br>Mother Only | <b>*Abuelos*</b><br>Grandparents |
| <b>*Padres acogidos*</b><br>Foster Parents | <b>*Guardián Legal*</b><br>Legal Guardian       | <b>*Orfanato*</b><br>Orphanage                 | <b>*Institución*</b><br>Institution        | <b>*Sin Hogar*</b><br>Homeless             | <b>*Solo*</b><br>Alone           |
|  |   |  |  | <b>*Cónyuge*</b><br>Spouse                 |                                  |

**TRANSPORTE/TRANSPORTATION**

**¿Cómo será transportado su hijo(a) a casa? Por favor circular y completar la información necesaria.**

How will your child be transported home? Please circle and complete needed information.

**Caminando** \_\_\_\_\_ **Autobús/Número** \_\_\_\_\_ **Carro/Conductor** \_\_\_\_\_ **Guardería de Niños/Teléfono** \_\_\_\_\_  
Walker Bus/Number Car/Driver Daycare/Phone

**INFORMACIÓN MÉDICA/MEDICAL INFORMATION**

**¿Es el/la estudiante elegible para MEDICAID? \_\_ Sí \_\_ No Si es SI, dé el nombre y el número de identificación exactamente como aparece en la tarjeta de Medicaid.**

Is student MEDICAID eligible? \_\_Yes \_\_No (If yes, list name and ID# exactly as it appears on the Medicaid card)

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Número de identificación:** \_\_\_\_\_  
Name ID#

**¿Recibe su hijo(a) seguro AR Kids? Si o No (Por favor circular)**

Does your child receive AR Kids insurance? Yes or No (Please Circle)

**Si la respuesta es no, ¿que tipo de seguro medico tiene su hijo/a?** \_\_\_\_\_

If not, what type of insurance does your child have?

**IDIOMA DEL HOGAR/HOME LANGUAGE**

**\*\*Por favor circular el idioma que más se habla en el hogar: \*\***

\*\*Please circle the language which is spoken most often in the home: \*\*

**Inglés Español Otro: \_\_\_\_\_ (Nombrar el Idioma)**  
English Spanish Other (Name Language)

**Nombrar a las personan quienes tengan permiso para ser llamadas por los oficiales de la escuela para recoger a su hijo/a de la escuela en caso de enfermedad o emergencia, si el padre/guardián no puede ser contactados. Números locales de Conway, por favor e incluya hermanos y hermanas quienes tengan su permiso para recoger al estudiante si la escuela los llama.**

List the people who have permission to be called by school officials to check your child out of school in case of illness or emergency if parent/guardian cannot be reached. Please give local Conway numbers, and include brothers and sisters who have your permission to pick up the student if the school calls.

NOMBRE/Name	TELÉFONO/Phone	DIRECCIÓN/Address
<b>Padrastro/Madrastra:</b>		

**¿Tiene otros hijos en las Escuelas Públicas de Conway? \_\_ Sí \_\_ No Si es SI, dé la siguiente información:**

Do you have any other children in Conway Public Schools? Yes No If yes, give the following:

NOMBRE/Name	ESCUELA/School	GRADO/Grade

**SERVICIOS ESPECIALES/SPECIAL SERVICES**

**Por favor circular cualquiera de los siguientes servicios especiales que su hijo recibe/ha estado recibiendo:**

Please circle any of the following services that your child is/was currently receiving:

**Clase del habla/ Speech Título I/Title I Educación Especial/ Special Ed. Inglés como segundo idioma/ESL**  
**Talentedos/ Gifted Ed. Terapia ocupacional o física / OT/PT Otro/ Other: \_\_\_\_\_**

**\*SPANISH\***

**PERMISO MEDICO/MEDICAL RELEASE**

Nosotros, los que firman a seguir, los padres/guardianes de \_\_\_\_\_ (nombre y apellido del estudiante), por el presente damos permiso a las Escuelas Públicas de Conway, y/o a su empleado designado, autorización y autoridad para tratar y/o de obtener cuidado médico de emergencia para nuestro hijo. La decisión de si existe o no una emergencia o si se necesita cuidado medico se le otorga a la escuela o a su representante. Además, por el presente damos permiso al distrito y/o a su representante para autorizar cualquier tratamiento medico necesario que se halla necesitado para nuestro hijo o por parte del personal de la sala de emergencia o del médico de la familia.

Nombramos a \_\_\_\_\_ como nuestro *médico de primera elección*, pero si no está disponible, entonces autorizamos al distrito escolar seleccionar al médico y/o al hospital que piense necesario o apropiado.

**Firma del Padre/Guardián** (Parent/Guardian Signature) \_\_\_\_\_ **Fecha** (Date) \_\_\_\_\_

**\*ENGLISH\*** We, the undersigned parent/guardian of \_\_\_\_\_ (student's name), do hereby grant and give to Conway Public Schools, and/or its designated staff member and representative, authorization and authority to treat and/or obtain emergency medical care for our child. Whether emergency exists or not or whether medical care is needed or not is left up to the sole discretion of the school or its representative. Further, we do hereby authorize and grant to the school district and/or its designated representative authority to approve any necessary medical treatment that is determined to be needed for our child either by hospital emergency room staff or by family physician.

We do hereby designate \_\_\_\_\_ as our first physician of choice but if such physician is not available then we authorize the school district to select such doctor and/or hospital as they deem necessary and appropriate. (Parent/Guardian Signature) (Date)

**Médico de la familia** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
 Family Physician Address Phone

**Dentista de la familia** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
 Family Dentist Address Phone

**Otro Profesional de Salud:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
 Other Health Care Address Phone

1. **¿Toma el estudiante alguna MEDICINA en casa y/o en la escuela regularmente?** \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
**Si es sí, dé el nombre de la medicina, la hora en que se da, y la razón para la medicina.**  
 Does the student take any MEDICINE at home and/or school regularly? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No  
 If yes, state name of medicine and time given, and reason for medication. \_\_\_\_\_

2. **¿Tiene el estudiante alergias a alguna medicina o comidas?** \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
**Si es sí, dé el nombre de la medicina y síntomas de la reacción.**  
 Is the student allergic to any medications or foods? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No  
 If yes, state name and reaction symptoms. \_\_\_\_\_

3. **¿Tiene el estudiante algún problema de salud que pueda limitar sus actividades en la escuela o su participación en el programa de educación física? (Ej. corriendo, ejercicios, etc.)** \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
**Si es sí, explique:** \_\_\_\_\_  
 Does the student have any health problems which may limit or affect his or her activities at school or participation in the P.E. program? (e.g., running, exercise, etc.) \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No - If yes, explain.

**Por favor marque si el estudiante tiene o ha tenido los siguientes y explique las cosas marcadas:**  
 Please check if the student has or has had the following and explain areas checked.

- |   |   |   |   |                                  |
|---|---|---|---|----------------------------------|
| ____ <b>Viruelas locas</b><br>Chicken Pox           | ____ <b>Problemas de riñón</b><br>Kidney Problems | ____ <b>Lentes/lentes de contacto</b><br>Glasses/Contacts | ____ <b>Fiebre reumática</b><br>Rheumatic Fever | ____ <b>Diabetes</b><br>Diabetes |
| ____ <b>Ataques</b><br>Seizures                     | ____ <b>Tuberculosis</b><br>Tuberculosis          | ____ <b>Desmayos</b><br>Fainting Spells                   | ____ <b>Hemorragia nasal</b><br>Nose Bleeds     | ____ <b>Asma</b><br>Asthma       |
| ____ <b>Problemas del corazón</b><br>Heart Problems | ____ <b>Alergias</b><br>Allergies                 | ____ <b>Sangrar excesivo</b><br>Excessive Bleeding        | ____ <b>Aparato del oído</b><br>Hearing Aids    | ____ <b>Otro:</b> _____<br>Other |