

Forma de Permiso de los Padres 2016-2017

Staff Int. _____

Permiso de los Padres Para Excursiones:

El Distrito Escolar de Weld County Re-3J patrocina actividades y excursiones cada año. Para que su estudiante pueda participar en estas actividades y excursiones o ser permitido ir en el camión, debemos tener las formas de permiso firmadas en el expediente. Favor de firmar en la parte inferior para su estudiante.

Doy mi permiso para que el estudiante nombrado anteriormente asista a las actividades y excursiones patrocinadas por Weld County School District RE-3J. De acuerdo con la Política del Distrito 1-33 usted recibirá una forma de permiso antes de cada Excursión excluyendo actividades extra curriculares.

Iniciales del Padre: _____

Permiso de los Padres para la Publicidad:

El Distrito Escolar de Weld County Re-3J ha designado la siguiente información como información para directorio que podrá ser usada en publicaciones de periódico y en el Website del Distrito Escolar de Weld Re-3J: nombre del estudiante, grado, participación en oficialmente reconocidas actividades y deportes, listas de honor, imagen digital y premios recibidos. Si usted no desea que Weld County School District Re-3J use la información del directorio de su hijo en publicaciones en periódicos o en el website de Weld Re-3J, si su consentimiento anterior por escrito, favor de firmar esta forma y devolverla a la oficina de la escuela a la que asiste su hijo, no mas tarde del día 1° de septiembre o dos semanas después de inscribir a su hijo. Si se da la información del directorio antes de recibir su petición, el Distrito no podrá detener el uso de la información de su hijo.

Si, doy mi permiso a Weld County School District Re-3J para permitir que mi hijo sea filmado/fotografiado y entrevistado para publicidad.

No doy mi permiso a Weld County School District Re-3J para permitir que mi hijo sea filmado/fotografiado y entrevistado para publicidad.

Iniciales del Padre: _____

Permiso de los Padres para el Uso del Internet:

Como padre o tutor de un estudiante en Weld County School District Re-3J he leído la Política J-24, Política de Internet, entiendo su contenido, y estoy de acuerdo en que mi hijo cumpla con él. Estoy completamente enterada de que el sistema tecnológico escolar es administrado por Weld County School District Re-3J y será usada únicamente con intenciones oficiales de negocios y educativas de Weld County School District Re-3J. Si mi hijo cometiera cualquier violación de la Política J-34, su acceso y privilegios serán revocados y otra acción disciplinaria tomara lugar.

Yo doy permiso a mi hijo para el acceso a Internet

Iniciales del Padre: _____

Día Con Nieve/Información de Cierre de Emergencia

Favor de indicar el procedimiento que se seguirá en caso de que se cierre la escuela debido a las inclemencias del tiempo u otra situación de emergencia que podría causar que los estudiantes salgan de la escuela temprano

Ir a Casa como de costumbre Ir a la Niñera Viajar en el Camión como de costumbre

Ir a la Casa del Vecino: Nombre del Vecino _____

Dirección y Número de Teléfono del Vecino _____

Otro (describa): _____

Iniciales del Padre: _____

Transportación:

favor de indicar como este estudiante estará llegando a la escuela y de la escuela a casa

Caminando a la escuela y de la escuela Recogido y llevado a la escuela por el padre

*Camión proporcionado por el Distrito

Estudiante Conductor de la HS: Marca: _____ Modelo _____ Color _____

Año _____ Numero de Placas _____

Numero de Permiso de Estacionamiento _____ (expedido por la Escuela Secundaria)

Si su estudiante estará usando diferentes vehículos favor de informar a la oficina de Weld Central High School

*Tengo acceso al Manual de Transportación a través de Re3J.comwebsite enlistado bajo the Parents Tab. SI NO

Otro favor de describir: _____ Iniciales del Padre: _____

Manual Estudiantil

Tengo acceso al Manual para Estudiantes o he recibido una copia del Manual para Estudiante para el estudiante nombrado anteriormente.

Si No

Iniciales del Padre: _____

Portal Infinite Campus Padre/Tutor Legal y Estudiante

He recibido información de cómo entrar al Parent Portal para tener acceso a la información del estudiante y comunicación con la escuela.

Si No

Iniciales del Padre: _____

Nombre del Estudiante _____

Grado _____

Fecha de Nacimiento _____

**HOJA DE INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL
ESTUDIANTE 2015-2016**

Staff Int. _____

Propósito: Esta información es para ayudarnos a proporcionar la seguridad y el bienestar de su hijo bajo nuestro cuidado. Esta información también es importante que sea dada a los Servicios de Emergencia Médica (EMS) si necesitan ser llamados para su niño(a)

Apellido:	Primer Nombre:	Medio Nombre:
Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grado:
Seguro Medico: Marque la caja apropiada que indica su actual estado con el seguro medico del estudiante:		
Aseguranza Particular _____ Estudiante sin seguro _____ # de Medicaid _____ CHP+# _____		

Otra Información

Nombre del Medico de Atención Primaria	Número de Teléfono del Medico de Atención Primaria
Nombre del Hospital Preferido	Número de Teléfono del Hospital Preferido

Todo medicamento deberá ser proporcionado por un padre/tutor legal.

Todo medicamento requiere el permiso por escrito de un padre y la autorización escrita de un medico. incluyendo OTC medicamento para dolor y Pastillas para la Tos.
Las formas están disponibles en la Oficina de la Salud.
Todo medicamento deberá permanecer en el Salón de la Salud con Excepciones de algunos casos.

Medicamentos Dados en la Escuela

(incluyendo antes y después de actividades escolares/deportes)

Medicamento de emergencia para alergias graves (EpiPen o similar) Si No

Medicamento de emergencia para una convulsión (Diastat o similar) Si No

Medicamento para el asma (Inhalador o- Nebulizador) Si No

Medicamento de emergencia (Glucagon) Si No

Otros Medicamentos Si No

Lista _____

Medicamentos Dados en Casa

Liste todos los Medicamentos: _____

Atención Medica/Equipo Requerido en la Escuela

Atención Medica	Equipo Medico
<input type="checkbox"/> Alimentación GT	<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas
<input type="checkbox"/> Cateterismo	<input type="checkbox"/> Andadera
<input type="checkbox"/> Oxigeno	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Alimentación Oral Asistida	
<input type="checkbox"/> Ir al Baño/Pañales	
<input type="checkbox"/> Otro _____	

En el evento de una emergencia, doy mi permiso al personal escolar de responder a la emergencia, primeros en responder y el personal de ambulancia de tener toda la información anterior.

Nombre del Estudiante _____

Información de la Salud 2017-2018

Staff Int. _____

¿Que información de la salud desea usted que el personal de la escuela este enterado?
Esta información también se dará a Servicios de Emergencia Media si ellos lo requieren.

(El personal de la escuela incluye al maestro, asistente de maestro, personal del salón de la salud, y/o personal de la Cocina.)

<p>ADD <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>ADHD <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Autismo/Espectro de Autismo/Asperger <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Alergias a Medicamentos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si si, cual _____ Reacción _____</p> <p>Alergias a Comidas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Lista de Alergias _____</p> <p>Alergias (otro) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Lista de Alergias _____</p> <p>Enfermedad de Huesos/Articulación/Problemas Musculares <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fracturas Actuales <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Desorden Sanguíneo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Células Falciformes <input type="checkbox"/> Sangrado Inusual/Hematomas <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Cáncer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cardiovascular/Problemas del Corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cardiomiopatía <input type="checkbox"/> Agrandamiento del Corazón <input type="checkbox"/> Alta Presión <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Emocional/Problemas de Comportamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> ODD <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Gastrointestinal/Problemas de Estomago <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Incontinencia Intestinal de Día <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otro _____</p>	<p>Lastimadura de Cabeza/Concusion/ TBI <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Actualmente Bajo Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pasado y Resuelto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problemas de Audición <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Usa un audífono o audífonos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cirugía del Oído <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Actualmente tiene Tubos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sistema Inmunitario/Problema Autoinmune <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Celiaco <input type="checkbox"/> Crohn <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/> Esclerodermia <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Riñón/Problemas de la Vejiga <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Piedras en Riñones <input type="checkbox"/> Incontinencia Diurna <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Prótesis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Lista _____</p> <p>Respiratorio/Problemas Pulmonares <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedad Crónica del Pulmón <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Problemas de la Piel <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Problemas de Tiroide <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Visión Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Lentes que se usaran por Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Solamente en el Salón de Clases <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Solamente para Leer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
Medicamentos Dados en el Hogar	
Lista:	
Enfermedades en el Pasado/Lastimaduras/Hospitalizaciones	
Enfermedad:	
Lastimadura:	
Hospitalización:	

Encuesta de Elegibilidad para Programas



Estimado Padre/Tutor:

Nuestro distrito escolar recibe fondos para proveer apoyo y servicios adicionales a los estudiantes que califican para programa específicos. Su cooperación al contestar este formulario nos ayudará a identificar a los estudiantes elegibles y ayudará a nuestro distrito escolar a recibir fondos suplementarios. Toda la información es confidencial y no será utilizada para otros propósitos.

Nombre del padre o tutor: _____ Fecha _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ ¿Mejor hora para llamar? _____

Favor de anotar a todos los menores de 22 años que vivan en su hogar

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Nombre de la Escuela

¿En qué año fue la última vez que su familia se mudó? _____

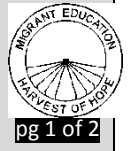
En los últimos tres años, ¿alguno de los padres o tutores han trabajado o aplicado para trabajar en cualquiera de las siguientes áreas? Si No

Si su respuesta es sí, marque cuál o cuáles

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Siembra/ ganadería | <input type="checkbox"/> Carga y descarga de frutas o vegetales |
| <input type="checkbox"/> Plantación/cosecha | <input type="checkbox"/> Enlatado (Fábricas de conserva) |
| <input type="checkbox"/> Aves de corral | <input type="checkbox"/> Huertas |
| <input type="checkbox"/> Lechería | <input type="checkbox"/> Invernadero/Vivero |
| <input type="checkbox"/> Procesadora (preparar) de Alimentos | <input type="checkbox"/> Tratamiento de árboles/Forestación |
| <input type="checkbox"/> Empacadora de carne | <input type="checkbox"/> Irrigación |
| <input type="checkbox"/> Selección/clasificación/empaque vegetales y/o frutas | <input type="checkbox"/> Siembra de zacate |
| <input type="checkbox"/> Limpiar/Preparar/empacar vegetales y/o frutas | <input type="checkbox"/> Ranchos de engorda |
| <input type="checkbox"/> Empacadora de granos | <input type="checkbox"/> Granja de Cerdos |



Program Eligibility Survey



Dear
Parents/
Guardian,
Our

school district receives funding to provide additional support and services for students who qualify for specific programs. Your cooperation in completing this form will assist us to identify eligible students and for our school district to receive supplemental funding. All information is confidential and will not be used for any other purpose.

Parents/Guardian Names: _____ Date: _____

Address: _____

City, State, Zip Code: _____

Phone Number: _____ Best time to call: _____

Please list all children in your home from birth to 22 years of age.

Child Name	Date of Birth	Name of School

What year did your family last move? Year: _____

Has either parent/guardian worked in, or applied for employment in any of the following areas within the past 3 years?
Yes No

If yes, please mark the appropriate employment areas with an X:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Farming/Ranching | <input type="checkbox"/> Hauling Fruits or Vegetables |
| <input type="checkbox"/> Planting/Harvesting Field Crops | <input type="checkbox"/> Canning |
| <input type="checkbox"/> Poultry | <input type="checkbox"/> Orchards |
| <input type="checkbox"/> Dairy | <input type="checkbox"/> Greenhouse/Nursery |
| <input type="checkbox"/> Food Processing Plant | <input type="checkbox"/> Tree Processing/Forestry |
| <input type="checkbox"/> Meat Packing Plant | <input type="checkbox"/> Irrigation |
| <input type="checkbox"/> Sort/Grade/Sack Vegetables and/or Fruits | <input type="checkbox"/> Sod Farms |
| <input type="checkbox"/> Clean/Prepare/Pack Vegetables and/or Fruits | <input type="checkbox"/> Feed Lots |
| <input type="checkbox"/> Seed Packaging | <input type="checkbox"/> Hog Farms |