



Formulario Información Estudiante Nuevo

Información del Estudiante	LASID #	SASID #
Nombre: _____ Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <small>Primer Segundo Apellido</small>		
Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ <small>Ciudad Estado País mm dd yy</small>		
Dirección del Hogar: _____ <small># Calle Apt Ciudad Apartado Postal</small>		
# Teléfono de la casa _____ El estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<input type="checkbox"/> ¿Es Este un estudiante menor sin padre o tutor? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Es este un estudiantre sin hogar? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, por favor circule uno: Vivir con familiar, pariente, amigo / Hotel / Refugio /Sin proteccion <input type="checkbox"/> ¿Este estudiante esta en una colocacion de hogar de crianza? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, por favor circule uno: <small>Institucion Cuidado de Niño / Refugio de Emergencia / Hogar de Crianza Acogimiento familiar / Hogar de grupo /Hogar preadoptivo / Hogar residencial</small>		
Información del Padre/Tutor <input type="checkbox"/> ¿Alguno de los padres/tutores ha servido en el ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		
Padre/Tutor #1 Nombre: _____ <small>Primer Apellido</small>		
Relación con el estudiante: _____ *Dirección _____ <small>(si es diferente a la del estudiante)</small>		
Teléfono durante el día: _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> trabajo Correo Electrónico: _____		
Teléfono Celular: _____ ¿Usted quiere textos de emergencia en su telefono celular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Solicita Traducción Escrita: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Idioma Preferido: _____ Solicita Interpretacion Oral: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Padre/Tutor #2 Nombre: _____ <small>Primer Apellido</small>		
Relación con el estudiante: _____ *Dirección _____ <small>(si es diferente a la del estudiante)</small>		
Teléfono durante el día: _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo Correo Electrónico: _____		
Teléfono Celular: _____ ¿Usted quiere textos de emergencia en su telefono celular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Solicita Traducción Escrita: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Idioma Preferido: _____ Solicita Interpretacion Oral: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Contacto Principal/Emergencia: (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Padre/Tutor #1 <input type="checkbox"/> Padre/Tutor #2		Teléfono Principal/Emergencia: (seleccione uno) <input type="checkbox"/> # Durante el Dia <input type="checkbox"/> # Celular <input type="checkbox"/> # Trabajo <input type="checkbox"/> # Hogar
Información de Hermano/a (s)		
Nombre: _____ <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Fecha de nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____ Grado: _____ Nombre: _____ <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Fecha de nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____ Grado: _____		
Raza y Origen Etnico del Estudiante		
Por favor marque solamente UNO: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano o Latino		Por favor marque TODOS lo que aplican: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o AfroAmericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco
Firma del Padre/Tutor: _____ X _____ Fecha de hoy: ____/____/____ <small>mm dd aaaa</small>		



Información Estudiante Nuevo – Contactos de Emergencia/Alternos

Información del Estudiante

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : ____ / ____ / ____
Primer Nombre Apellido mm dd aaaa

Sírvanse proporcionar información de AL MENOS DOS personas que pueden ser contactados en caso de que los intentos para contactar a cualquiera de los padres/tutor (es) no sean exitoso.

#1

Nombre: _____
Primer Nombre Apellido

Vive en: _____
Ciudad Estado

Teléfono Durante el Día: _____ Teléfono Celular: _____

Relación con el estudiante: _____ Idioma Preferido: _____

¿Esta persona tiene un niño actualmente inscrito en las Escuelas Públicas de Waltham? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Esta persona necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Esta persona necesita traducciones? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

#2

Nombre: _____
Primer Nombre Apellido

Vive en: _____
Ciudad Estado

Teléfono Durante el Día: _____ Teléfono Celular: _____

Relación con el estudiante: _____ Idioma Preferido: _____

¿Esta persona tiene un niño actualmente inscrito en las Escuelas Públicas de Waltham? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Esta persona necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Esta persona necesita traducciones? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

#3

Nombre: _____
Primer Nombre Apellido

Vive en: _____
Ciudad Estado

Teléfono Durante el Día: _____ Teléfono Celular: _____

Relación con el estudiante: _____ Idioma Preferido: _____

¿Esta persona tiene un niño actualmente inscrito en las Escuelas Públicas de Waltham? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Esta persona necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Esta persona necesita traducciones? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

#4

Nombre: _____
Primer Nombre Apellido

Lives in: _____
Ciudad Estado

Teléfono Durante el Día: _____ Teléfono Celular: _____

Relación con el estudiante: _____ Idioma Preferido: _____

¿Esta persona tiene un niño actualmente inscrito en las Escuelas Públicas de Waltham? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Esta persona necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Esta persona necesita traducciones? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha de hoy ____ / ____ / ____



Encuesta Idioma del Hogar

Los reglamentos del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts exigen que *todas* las escuelas determinen el idioma (s) que se habla en los hogares de los estudiantes para así identificar sus necesidades específicas relacionadas con el idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción significativa para todos los estudiantes. Si en el hogar se habla otro idioma que no sea Ingles, se requiere que el distrito evalúe más a fondo a su hijo. Por favor ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su ayuda.

Información del Estudiante

			Género:		
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido			
_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____			
Pais de Nacimiento	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Fecha de Inscripción por primera vez en CUALQUIER			
Escuela en E.E.U.U (mm/dd/aaaa)					

Información de la Escuela

_____/_____/_____		_____	
Fecha de Inicio en la Nueva Escuela (mm/dd/aaaa)		Grado Actual	

Nombre de la Escuela Anterior	Ciudad	Estado	Pais

Preguntas para los Padres/Tutores

¿Cuál es <u>el idioma principal que se habla en el hogar</u> , independientemente del idioma que habla su hijo?	¿Qué idioma (s) habla (n) con su hijo? (incluya parientes - abuelos, tíos, tías, etc. - y cuidadores) _____ _____ rara vez / a veces / a menudo / siempre _____ rara vez / a veces / a menudo / siempre
¿Qué idioma entendió y habló primero su hijo?	¿Qué idioma usted utiliza más con su hijo? _____
¿Cuántos años ha estado inscrito su hijo en las escuelas de EE. UU. (Sin incluir el pre-kinder)? _____	¿Qué idiomas usa su hijo? (un círculo) _____ _____ rara vez / a veces / a menudo / siempre _____ rara vez / a veces / a menudo / siempre
¿Requerirás información escrita de la escuela en tu idioma materno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	¿Necesitarás un intérprete / traductor en las Reuniones de Padres y Maestros? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Firma del Padre/Tutor: _____

X _____ Fecha de hoy: ____/____/____

Para Uso de Oficina/Office Use Only

Relationship of Person Completing HLS: Mother Father Guardian Other: _____

Immigrant Status: Yes No (not born in any of the 50 States/territories and hasn't completed 3 full years of school in any of the 50 States/territories)

Recommendation: Language Proficiency Assessment Student Records Review No Assessment or Records Review Needed

Additional Comments:



Autorización Para Medios de Comunicación

Estimados Padres y Tutores de Waltham,

Nos gusta compartir las cosas maravillosas que suceden en los salones de clases de Waltham a través de Twitter, YouTube y otros canales. Estos proporcionan maneras emocionantes e innovadoras para que podamos comunicarnos con los padres y la comunidad sobre el aprendizaje de nuestros estudiantes.

También estamos dedicados a proteger la privacidad y la propiedad intelectual de los estudiantes en las Escuelas Públicas de Waltham, y esto significa que la foto, el video, la voz o el trabajo escolar de su hijo no se publicarán junto con su nombre y apellido u otra información de identificación. Estas medidas garantizan la privacidad de sus estudiantes mientras comparten ideas y trabajan en nuestras escuelas con la comunidad y nuestra sociedad global.

Por favor, indique sus preferencias con respecto a las redes sociales y el uso compartido en línea a continuación y luego devuelva a la escuela de su hijo, o llene la versión en línea de este formulario.

Doy permiso a las Escuelas Públicas de Waltham para anónimamente fotografiar y/o publicar públicamente la apariencia, palabras o trabajo de mi hijo durante el año escolar 2020-2021.

Iniciales
Padre/Tutor

NO DOY permiso para que la apariencia o el trabajo de mi hijo sea publicado anónimamente por las Escuelas Públicas de Waltham.

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE _____

ESCUELA _____

Firma del Padre: _____ Fecha ____/____/____

Firma del Estudiante: _____ Fecha ____/____/____

(Si es mayor de 18 años)



Formulario de Renuncia del Cinturón de Seguridad

Los autobuses del Departamento Escolar de Waltham están equipados con cinturones de seguridad para el uso de los estudiantes. Dicho uso no es requerido por la ley federal o estatal, ni por el Departamento Escolar y la decisión de usar o no el cinturón de seguridad únicamente corresponde a cada estudiante y a sus padres. Con su firma reconoce que usted entiende y acepta que el Departamento Escolar de Waltham no es responsable de supervisar si su(s) hijo(s) están usando el cinturón de seguridad mientras es transportado(s) en el autobús del Departamento Escolar de Waltham. Su firma también reconoce y acepta que el Departamento Escolar de Waltham no acepta ninguna responsabilidad con respecto a que su(s) hijo(s) use o no su cinturón de seguridad mientras es transportado por el autobús del Departamento Escolar de Waltham y que, en nombre de su hijo(s) menor(es) de edad, usted LIBERA, absuelve, exonera de responsabilidad al Departamento Escolar de Waltham y a la Ciudad de Waltham de todas y cada una de las acciones, causa de acción y reclamos a cuenta que surjan si su hijo(s) usa o no el cinturón de seguridad en los autobuses del Departamento Escolar de Waltham. Su firma, además, reconoce y admite la continuación y la aplicación de esta LIBERACIÓN en pleno vigor y efecto hasta el momento en que suceda un convenio y que el formulario de LIBERACIÓN es firmado por usted en nombre de su hijo(s).

Por favor, tenga en cuenta que este formulario es requerido para todos los estudiantes debido a la disponibilidad de los cinturones de seguridad en los paseos, así como en la transportación escolar diaria.

He leído y entiendo la carta antes mencionada con respecto al uso del cinturón de seguridad en los autobuses escolares del Departamento Escolar de Waltham.

Nombre del Estudiante

Firma del Padre/Tutor

Fecha



Acuerdo de Aceptación para el Usuario de la Tecnología Digital (DTAUA)

Por favor vea la copia impresa del DTAUA en el Centro de Información para Padres (PIC) durante la inscripción o usted puede consultar en el sitio web y ver el acuerdo en su totalidad; <http://www.walthampublicschools.org> > Students > Tech & Links

Primer Nombre del Estudiante (imprima una letra en cada cuadro): **Fecha de Nacimiento:** ____ / ____ / ____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Segundo Nombre del Estudiante (imprima una letra en cada cuadro): **No hay Segundo Nombre**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido del Estudiante (imprima una letra en cada cuadro):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Yo entiendo y cumpliré el acuerdo DTAUA. También entiendo que cualquier violación de las normas antes mencionadas es una falta de ética y puede constituir en una ofensa criminal. Si yo cometo cualquier violación, mis privilegios serán revocados y se tomará una acción disciplinaria, así como también cualquier acción legal apropiada.

Sus firmas en este documento indican que ustedes han leído estos términos y condiciones cuidadosamente, comprenden su significado y aceptan sus responsabilidades según se establecen.

Firma del Estudiante

Fecha

PADRE O TUTOR LEGAL

Como padre o tutor legal de este estudiante he leído el acuerdo DTAUA. Entiendo que el acceso es con propósito educativo y doy permiso al sistema escolar para que emita una cuenta para mi hijo/a.

Nombre del Padre/Tutor (por favor letra de molde)

Firma del Padre/Tutor

Fecha

OFFICE USE ONLY

SCHOOL:

- Waltham High School
- Kennedy Middle
- McDevitt Middle

GRADE:

- 9 10 11 12
- 6 7 8
- K 1 2
- 3 4 5

*9-12 students have a user account and email

*6-8 students have a user account and email

*K-2 students do not have a user account or an email

*3-5 students have a user account, but no email

- Fitzgerald Elementary
- MacArthur Elementary
- Northeast Elementary
- Plympton Elementary
- Stanley Elementary
- Whittemore Elementary
- Dual Language School
- Other

Student's SASID#: _____



Información Estudiante Nuevo – Escuela(s) Previa

Información del Estudiante

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Primer Nombre Apellido mm dd aaaa

Por favor, proporcione una historia de la experiencia educativa de su hijo:

1. ¿Su hijo alguna vez ha sido matriculado o recibido servicios a través de las Escuelas Públicas de Waltham? No Si, Listado:

Nombre de la Escuela Publica de Waltham _____ Grado _____ Ultima Fecha de Asistencia: ____ / ____ / ____
mm dd aaaa

2. ¿Está/estuvo su hijo matriculado en una escuela pública, privada, charter, en-linea, virtual o preescolar? No Si, Listado:

Nombre de la Escuela Mas Reciente _____ Grado(s) _____ Ultima Fecha de Asistencia: ____ / ____ / ____
mm dd aaaa

Ciudad Estado Pais Pública Privada En-Linea Otra

Nombre de la Escuela Anterior _____ Grado(s) _____ Ultima Fecha de Asistencia: ____ / ____ / ____
mm dd aaaa

Ciudad Estado Pais Pública Privada En-Linea Otra

3. ¿Su hijo recibe algún servicio? No Si, marque todos los que aplique:

- Plan Individualizado de Educación (IEP) Programa Aprendiz del Idioma Inglés Plan 504
- Programa de Desafío/Dotado Titulo I (Reading / Math) Otro:

Historial Pre-escolar (Estudiantes de Kínder) N/A

¿Ha participado su hijo/a en un programa temprano infantil? No Sí, elija una opción a continuación:

Apoyo Familiar*: Compromiso Familiar y Comunitario Coordinado (CFCE) ejemplo: Criando un Lector, Servicios de Alfabetización Temprano
 Program de Padre e hijo en el Hogar (PCHP) **Ambos** CFCE & PCHP

**El CFCE & PCHP para Waltham están actualmente coordinados a través del Acceso Familiar en Newton, MA.*

Programa Formal: Cuidado Infantil Familiar con Licencia Centro de Cuidado Infantil
 Ambos Cuidado Infantil Familiar & Centro de Cuidado Infantil

Número de Horas: menos de 20 horas a la semana 20 horas o más a la semana

Sírvanse proporcionar cualquier información adicional que considere importante para las Escuelas Públicas de Waltham sobre su hijo:

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha de hoy ____ / ____ / ____



Autorización para Obtener Información del Estudiante

Se concede permiso a las Escuelas Públicas de Waltham para que puedan obtener:

Archivos Escolares <input type="checkbox"/> Todos los Archivos Escolares-incluyendo: <input type="checkbox"/> Transcripciones <input type="checkbox"/> Puntuación de MCAS <input type="checkbox"/> Formulario Transferencia de MA <input type="checkbox"/> Informe Disciplinario / Formulario 37L	Archivos de Salud <input type="checkbox"/> Todos los Archivos de Salud- incluyendo: <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Examen Físico <input type="checkbox"/> Archivo de Vacunas <input type="checkbox"/> Otro: _____	Informes Educativos <input type="checkbox"/> Todos los Informes Educativos – incluyendo: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Pruebas/Evaluaciones SPED <input type="checkbox"/> Resultado Prueba Dominio Ingles <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	---	--

Información del Estudiante:

Nombre del Estudiante: _____ Género: F M N

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Grado: _____

Nombre (s) Padre/Tutor: _____

Dirección Anterior: _____

Nueva Dirección en Waltham: _____

Información Escuela Anterior:

Última Fecha de Asistencia: ____ / ____ / ____

Nombre Escuela Anterior: _____

Dirección Escuela Anterior: _____

Contacto Escuela Anterior: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____ FAX: _____

 Firma del Padre/Tutor _____
 Fecha de Hoy

Please forward these record to: *To EMAIL school records, please send to **PIC@walthampublicschools.org**

School:	FAX:	Address:
<input type="checkbox"/> The Parent Information Center	781-314-5789	617 Lexington St, Waltham, MA 02452
<input type="checkbox"/> Waltham High School	781-647-0309	617 Lexington St, Waltham, MA 02452
<input type="checkbox"/> Kennedy Middle School	781-314-5571	655 Lexington St, Waltham, MA 02452
<input type="checkbox"/> McDevitt Middle School	781-314-5601	75 Church St, Waltham, MA 02452
<input type="checkbox"/> Fitzgerald Elementary School	781-314-5691	140 Beal Rd, Waltham MA 02453
<input type="checkbox"/> MacArthur Elementary School	781-314-5731	494 Lincoln St, Waltham, MA 02451
<input type="checkbox"/> Northeast Elementary School	781-314-5751	70 Putney Lane, Waltham, MA 02452
<input type="checkbox"/> Plympton Elementary School	781-314-5771	20 Farnsworth St, Waltham, MA 02451
<input type="checkbox"/> Stanley Elementary School	781-314-5631	250 South St, Waltham, MA 02453
<input type="checkbox"/> Whittemore Elementary School	781-314-5791	30 Parmenter Rd, Waltham MA 02453

Notes: Please forward the above information as soon as possible – it is necessary for student enrollment.

Thank you,
 Staff Name: _____ Request Sent: ____ / ____ / ____



Formulario de Salud para Estudiante Nuevo

Nombre del Estudiante: Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento: Ciudad Estado País Genero: Femenino Masculino No Especifico

Distrito Escolar: Escuela que asiste: Grado:

Padre/Tutor(s): Teléfono Durante el Día:

Doctor/Centro de Salud: Ubicación: Ciudad Estado Teléfono:

Proveedor de seguros de salud: Sin Seguro en este momento

- Mi hijo tiene o tuvo (marque todo lo que aplique): NINGUNO Enfermedad reciente Accidente reciente Hospitalización reciente Cirugía Conmoción cerebral Convulsiones Hiperactividad/ADHD Asma Dolores de Cabeza frecuentes Infecciones de oído frecuentes Tos frecuente Tuberculosis Orina frecuente Diabetes Desmayos Problemas emocionales: Suciedad frecuente (#2) Problemas ortopédicos Ronquido Ansiedad Diarrea frecuente Dolor abdominal Erupciones Depresión o estreñimiento Alergias (picadura de abeja, ambientales, alimentos, medicamentos, etc.) Otro

Por favor explique:

- Mi hijo tiene ALERGIAS QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA: No SI Por favor enumere los alérgenos que amenazan la vida:

- EpiPen / Epinephrine prescrito No SI

- Mi hijo toma los medicamentos siguientes – incluye vitaminas, y o medicamentos OTC (sin receta):

NINGUNO

- 1. Dosis: Hora del Día: 2. Dosis: Hora del Día: 3. Dosis: Hora del Día: 4. Dosis: Hora del Día:

- Mi hijo usa: Lentes/gafas Lentes de contacto Aparato para el Oído Abrazadera/Soporte Otro:

- Mi hijo es: Usa la mano Izquierda Usa mano derecha Ambas Incierto

- Historia Desarrollo Normal: SI No Comentarios:

- Embarazo/Parto (PreK-Gr.5): Peso al Nacer: lb. oz Complicaciones:

- Lenguaje/Idioma NO SI Explique (si es necesario) Más de un idioma en el Hogar Impedimento del Habla (Tartamudeo) Entendido por alguien más que no es Familiar Usa lenguaje inapropiado

- Preescolar (PreK-Gr.5): Ninguno Guardería Head Start Cuarto para Niños/Pre-Escolar Otro:

Otros problemas médicos o sociales que usted siente pueden afectar la educación de su hijo:

Firma del Padre/Tutor: Fecha:

Reviewed by school nurse: Date:

Escuelas Públicas de Waltham
Formulario de Consentimiento de la Enfermera
Por favor lea y firme en 2 lugares. Debe devolver a la enfermera de la escuela.

Apellido del estudiante

Primer Nombre

Segundo nombre Completo

Grado

1. Si hay una condición médica que la escuela debe saber, por favor póngase en contacto con la enfermera de la escuela. Si no hay ninguna, por favor escriba N/A (No Aplicable) aquí: _____
2. Yo le doy permiso a la enfermera escolar, en caso sea necesario para que delegue al personal entrenado para que administre el EPIPEN mientras andan en excursiones patrocinados por la escuela. Sí _____ No _____
3. **Para los estudiantes en la Secundaria/Preparatoria:** ¿Tiene permiso el estudiante para llevar el suyo propio?:
¿Inhalador? Sí _____ No _____ ¿Insulina? Sí _____ No _____
¿EpiPen? Sí _____ No _____ ¿Enzimas Pancreáticas? Sí _____ No _____
4. El mejor número de teléfono dónde lo podamos llamar durante el día: _____

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

Órdenes de Medicamentos Permanentes

Por la presente yo autorizo a la Enfermera Escolar para que administre los siguientes medicamentos/tratamiento siguiendo las instrucciones de la etiqueta:

- Acetaminofeno (Tylenol) según sea necesario para dolores de cabeza, fiebres y/o dolores (dosis máxima de 650 mg).
- Ibuprofeno (Motrin, Advil, etc.) según sea necesario para dolores o calambres menstruales (dosis máxima de 400 mg). **(Solamente para los estudiantes en la Escuela Secundaria y Superior).**
- Antiácidos en forma de tabletas según sea necesario para los estudiantes que se quejan de ardor del estómago/indigestión. **(Solamente para los estudiantes en la Escuela Secundaria y Superior).**
- Crema de Hidrocortisona 1% (Cortaid) para las irritaciones y erupciones leves de la piel, por ejemplo la hoja de hiedra venenosa, el roble y el zumaque (poison ivy, oak y sumac).
- Loción de Calamina/Caladril para aliviar temporalmente la picazón de las picaduras de insectos, de la hoja de hiedra venenosa, del roble y del zumaque (poison ivy, oak y sumac).
- El Albuterol (administrado por un nebulizador) según sea necesario para detectar señales y síntomas atribuibles a una leve inflamación de las vías respiratorias incluyendo una repentina falta de aliento, tos persistente o sibilancias audibles.
- EpiPen para el tratamiento de la anafilaxia (alergia que amenaza la vida).
- Difenhidramine (Benadryl) para el tratamiento del salpullido/picazón severa y los síntomas de alergia severa.
- Naloxone (Narcan) para tratar la sobredosis de drogas.

J. David Hackett, M.D. (Médico Escolar)

Elija 1 Opción:

- ___ 1. Estoy de acuerdo que a mi hijo/a le pueden administrar todos los medicamentos/tratamientos antes mencionado por la enfermera de la escuela.
- ___ 2. La enfermera de la escuela puede administrar todos los medicamentos/tratamientos antes mencionados excepto por:
- _____
- _____

Debido a cuestiones de privacidad con respecto a la salud de su hijo/a, por favor póngase en contacto con la enfermera personalmente para compartir la información médica de su hijo/a. La siguiente firma indica que usted ha leído y aprobado este formulario de consentimiento.

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



Autorización para Otorgar Información Médica

Al firmar este formulario le otorgo autorización a las Escuelas Públicas de Waltham de dar/recibir información médica a/desde el médico de su hijo/a para asegurar la finalización de los requisitos médicos necesarios para ingresar a la escuela. Toda la información recibida será confidencial.

Doy permiso para otorgar información médica sobre mi hijo/a:

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Nombre del Padre/Tutor (Por favor imprima)

Firma del Padre/Tutor

Fecha