



# PONTOTOC CITY SCHOOL DISTRICT

## REGISTRATION FORM - SPANISH

<b>Información del Estudiante:</b>						Fecha: _____
Nombre de Estudiante: _____						Grado: _____
	(Nombre)	(Nombre Segundo)	(Apellido)			
Raza/Ethnicidad: (marque los que es)	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Isleño de Páfcico
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nacimiento: _____				SSN #: _____	
Lugar de Nacimiento: _____	(Ciudad)	(Estado)	(Condado)	(País)	MSIS #: _____ <i>(school office only)</i>	

<p><b>Información de Familia:</b></p> <p>Nombre de Madre/Padre/Tutor de Custodial: <i>(Escriben con letras)</i></p> <p>Relación a Estudiante: _____</p> <p>Dirección Física: <i>(dirección del estudiante)</i> _____</p> <p>Teléfono: _____ <i>(celular) (del empleo) (otro)</i></p> <p>Email: _____</p> <p>Afiliación Militar: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Guardia Nacional</p>	<p><b>Información de Familia:</b></p> <p>Nombre de Otro Madre/Padre/Tutor: <i>(Escriben con letras)</i></p> <p>Relación a Estudiante: _____</p> <p>Dirección Física: _____</p> <p>Teléfono: _____ <i>(celular) (del empleo) (otro)</i></p> <p>Email: _____</p> <p>Afiliación Militar: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Guardia Nacional</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Información del Académica:**

Nombre de Escuela Anterior y Dirección: \_\_\_\_\_

¿Ha repetido este estudiante un grado escolar?  No  Sí Si sí, ¿qué grado? \_\_\_\_\_

¿Participaba este estudiante en clases especiales?  No  Sí Si sí, ¿qué tipo de clase? \_\_\_\_\_

¿Ha expulsado este estudiante de una escuela privada o pública o está en el proceso de expulsión?  No  Sí  
Si sí, ¿cuando y de qué escuela? \_\_\_\_\_

**Información en Caso de Emergencia (Usen las Personas que no son padres/tutores):** *(Estas personas tienen permiso de recoger a estudiante de la escuela. Por favor NO pongan ni padre ni madre ni tutor. El ley de Mississippi requiere que los padres proveen una persona más de emergencia.)*

Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____	Dirección: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____	Teléfono: _____
Relación a Estudiante: _____	Relación a Estudiante: _____	Relación a Estudiante: _____

**Información Especiales:** *(Escriban los nombres de las personas quienes NO puedan recoger a estudiante de escuela. Tienen que proveer papeles legales contra las personas, i.e. papeles de custodia, papeles de corta, papeles de restringir, etc.)* \_\_\_\_\_

**¿Cómo va a salir de la escuela el estudiante los tardes?** *(Por favor escogen uno de abajo y completen la información.)*

<input type="checkbox"/> Va a montar el BUS A CASA.	<input type="checkbox"/> Va a montar en CARRO.	<input type="checkbox"/> Va a montar el BUS a la _____.
Número de Bus: _____	Quién va a recoger: _____	Número de Bus: _____
Teléfono de Casa: _____	Teléfono de la Persona: _____	Teléfono de la Persona: _____

**Noticia**— Si cambia la manera que el estudiante va a salir de la escuela, ustedes tengan que escribir una nota con el nombre de estudiante y la fecha del cambio. También si puedan, deban llamar la escuela y digan a la secretaria. La seguridad de estudiante es muy importante a nosotros.

Estar completado por persona de la escuela:

Homeroom Teacher: _____	Bus #: _____	<b>Check all that apply:</b>	<input type="checkbox"/> Out of District
Birth Certificate #: _____	Verified by: _____	<input type="checkbox"/> Foreign Exchange Student	<input type="checkbox"/> IEP
Immunization Date of Compliance: _____	Verified by: _____	<input type="checkbox"/> Foster Home Child	<input type="checkbox"/> 504
Proofs of Residency: 1. _____ 2. _____	Verified by: _____	<input type="checkbox"/> Affidavit of Residency	<input type="checkbox"/> ELL



# PONTOTOC CITY SCHOOL DISTRICT

## REGISTRATION FORM - SPANISH

### **Encuesta de Idioma de Casa:** (Marquen sus respuestas.)

- ¿Hobla su hijo/a idioma otra de inglés?
  - No** (No complete las otras preguntas en esta area.)
  - Sí** (Por favor completen:)
- ¿Cuál es el primer idioma que su hijo/a aprendió a hablar?  
\_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el idioma que su hijo/a usa el más?  
\_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el idioma que ustedes usan el más en casa?  
\_\_\_\_\_

### **Elegibilidad de Emigrante:** (Marquen sus respuestas.)

- ¿Han cambiado de casa o empleo en los últimos 3 años?
  - No** (No complete las otras preguntas en esta area.)
  - Sí** – ¿Buscaban o trabajaban en los empleos siguientes? (Marquen todos aplicados.)
- \_\_\_\_\_ Granjando (cultivo, peces, pollos, arboles de la Navidad, etc)
- \_\_\_\_\_ Plantando o Cortando Arboles
- \_\_\_\_\_ Pescando Comercial
- \_\_\_\_\_ Procesando Cultivos (procesando o empacando el ganado, enlatado en una fábrica)

### **Elegibilidad de No Tener Casa:** (Marquen sus respuestas.)

- ¿No se queda normalmente el estudiante en una residencia? (Por ejemplo, ¿Tiene que quedarse en tenta de campaña o en las calles o carros?)  
 **Sí**  **No**
- ¿Tiene que dormirse normalmente el estudiante en una residencia que es la propiedad privada de alguien que ofrezca seguridad? (Por ejemplo, ¿Está en un casa para niños abusados o una casa para violencia domestica?)  **Sí**  **No**
- ¿Se queda temporalmente el estudiante con parientes or amigos porque los padres no tengan empleo, ni salario, ni hogar (tiene afidávit)?  
 **Sí**  **No**

### **Elegibilidad de Niños y Jóvenes Emigrantes:** (Marquen uno abajo.)

**Sí**, Tengo hijos de las edades 3 a 21 quiénes NO nacieron en los EEUU y quiénes no han asistido en los Estados Unidos más de 3 años escolares completos. *Si sí, escriban los nombres de los hijos:*

\_\_\_\_\_

**No**, no tengo hijos de las edades 3 a 21 quiénes NO nacieron en los EEUU y quiénes no han asistido en los Estados Unidos más de 3 años escolares completos.

### **Castigo Corporal:** (Marquen uno abajo.)

Entiendo que a veces la escuela hace castigo corporal. Abajo es mi deseo con respeto a castigo corporal

**Sí**, estoy de acuerdo con el uso de castigo corporal y entiendo que voy a recibir noticia si mi hijo reciba castigo corporal.

**No**, no estoy de acuerdo con el uso de castigo corporal y NO quiero que mi hijo reciba castigo corporal.

### **Permiso de Usar el Red de Internet:** (Marquen uno abajo.)

El Pontotoc City School District provee a estudiantes el privilegio de utilizar el internet usando el red del distrito para mejorar el aprendizaje y las realizaciones.

**Sí**, PCSD tiene mi permiso para permitir el uso del red de internet a mi hijo.

**No**, PCSD no tiene mi permiso para permitir el uso del red de internet a mi hijo.

### **Permiso de Publicar:** (Marquen uno abajo.)

El Pontotoc City School District celebra el esfuerzo de estudiantes por medio de publicar fotos, videos, y trabajo de estudiantes en websites mientras promociona el aprendizaje, la colaboración, y las realizaciones de estudiantes.

**Sí**, PCSD tiene mi permiso para usar los images de mi hijo para la publicidad y los propósitos de website. Incluye las fotos de los equipos atléticos.

**No**, PCSD no tiene mi permiso para usar los images de mi hijo para la publicidad y los propósitos de website. Incluye las fotos de los equipos atléticos

### **Signatura de Padre/Tutor:** (Firman abajo.)

La información que proveyó arriba es verdadera y curriente. Yo entiendo que tengo que decir la escuela si haya cambios del custodio legal, de la dirección, o de los números de teléfono. No voy a pensar que el distrito o la escuela sea responsable enconómicamenta para el cuidado de emergencia o transportación del estudiante nombrado. Yo acepto la responsabilidad de los libros de mi hijo durante el año escolar en curso. Si cualquier libro perdido, dañado o destruido, estoy de acuerdo con pagar la pérdida antes de que mi hijo tendrá derecho a cualquier otro libro de texto. Yo he leído y entiendo los derechos y las responsabilidades de la Póliza de Usa Aceptable de Tecnología de PSCD que está en le Libro de Estudiante, y entiendo que soy responsable para hablar con mi hijo de los criterios que tenga que seguir cuando escoja, comparta, y explore información y del consejo de usar el internet. Repaso el Libro de Estudiante de PCSD que está en el website del distrito y yo entiendo que puedo recibir una copia del Libro por contactar la oficina de la escuela y la escuela me dará una copia del Libro de Estudiante.

**Firma de los Padres o Tutores** \_\_\_\_\_

# PONTOTOC CITY SCHOOL DISTRICT

## MEDICAL HEALTH INFORMATION/CONSENT FORM - SPANISH

**Información del Estudiante:**

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 (Nombre) (Nombre Segundo) (Apellido)

Sexto:  Masculino  Femenino Nacimiento: \_\_\_\_\_

<p><b><u>Información de Familia:</u></b></p> <p>Nombre de Madre/Padre/Tutor de Custodial: <i>(Escriben con letras)</i>        _____</p> <p>Relación a Estudiante: _____</p> <p>Dirección Física: _____  <i>(dirección del estudiante)</i></p> <p>Teléfono: _____  <i>(celular) (del empleo) (otro)</i></p> <p>Email: _____</p>	<p><b><u>Información de Emergencia:</u></b></p> <p>Nombre de Otro Madre/Padre/Tutor: <i>(Escriben con letras)</i>        _____</p> <p>Relación a Estudiante: _____</p> <p>Dirección Física: _____</p> <p>Teléfono: _____  <i>(celular) (del empleo) (otro)</i></p> <p>Email: _____</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Los que proven servicios de salud al Estudiante – por favor incluye todos medicos, etc:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Por favor, indique si u hijo está cubierto por el siguiente punto de vista médico:**

Medicaid: Yes  No

Seguro de Salud: Yes  No  Nombre del proveedor de seguros: \_\_\_\_\_

**Marcar cualquier condición de salud que pueda tener su hijo, e incluir una explicación si marca “sí”:**

Condiciones de Salud:	No:	Sí:	Explique:
<b>Alergias a los Medicamentos</b>			Una Lista de los Medicamentos – Tasa de Reacción: <input type="checkbox"/> Templado <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Amenaza para la Vida
<b>Alergias a los Alimentos</b>			Una lista de los alimentos – Tasa de Reacción: <input type="checkbox"/> Templado <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Amenaza para la Vida ¿Hace hijo instalaciones de Epi-pen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Otras Alergias</b>			Una lista de los Alergenos – Tasa de Reacción: <input type="checkbox"/> Templado <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Amenaza para la Vida ¿Hace hijo instalaciones de Epi-Pen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Asma</b>			Medicamentos para el asma – Tasa de severidad: <input type="checkbox"/> Templado <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Amenaza para la Vida Fecha del última ataque –
<b>Diabetes</b>			Medicamentos para la diabetes – Tratamiento –
<b>Trastorno Convulsivo</b>			Medicamentos par alas convulsiones – Tipo de convulsiones – Fecha de la última convulsión –
<b>Neurológicos/Migrañas</b>			Especificar – Tratamiento –
<b>Problemas Cardiacos</b>			Especificar – Tratamiento –
<b>Desorden Sanguineo</b>			Especificar – Tratamiento –
<b>Lentes/Contactos</b>			<input type="checkbox"/> Leyendo <input type="checkbox"/> Distancia Oculista –
<b>Pérdida de la Audición</b>			<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambos Audífonos –
<b>Herida Grave</b>			Especificar – Fecha –
<b>Cirugía</b>			Especificar – Fecha –
<b>Cáncer</b>			Especificar – Tratamiento – Fecha de la remisión –
<b>Otra Enfermedad Grave</b>			Especificar – Fecha –

# PONTOTOC CITY SCHOOL DISTRICT

## MEDICAL HEALTH INFORMATION/CONSENT FORM - SPANISH

**Información entre Hermanos:**

Hermano/Hermana Nombre:	Grado en la Escuela:

**Medicina y Drogas de Recetas**

Los padres, tutores, o otro adulto responsable tengan que llevar a la oficina del Director todos drogas de receta (medicina) y las drogas que no necesitan una receta que traigan a la escuela. Los estudiantes no deben llevar medicinas, excepto los que el estudiante puede usar solo como recetado por médico, en el bus. NINGUN oficial de la escuela puede dar medicina a un estudiante si no ha completado un curso del MS Board of Nursing Self Administration. El incumplimiento de llevar medicina a la oficina del Director es una violación de las pólizas de la escuela y las castigos pueden incluir que no pueda asistir a la escuela y/o detener.

Las drogas de recetas tiene que estar en la botella de la farmacia y incluye el nombre de estudiante, el nombre de doctor, el nombre de medicina, la potencia, la dosis, el intervalo, la manera que reciba, y la fecha que el estudiante termine la medicina cuando aplicado. Si el estudiante tenga que recibir la medicina dos semanas o más, el padre/tutor debe pedir al dos botellas, una para tomar en casa y el otro para tomar en la escuela. Si cambie la receta en alguna manera, la farmacia tenga que proveer una etiqueta nueva. Si el padre/tutor escriban algo en la etiqueta, el estudiante no puede recibirla en la escuela. Las medicinas sin recetas, cuando proveído, tenga que seguir las mismas pólizas y los procedimientos de las medicinas con recetas. La escuela va a guardar y dar todas drogas y medicinas a los estudiantes, excepto las medicinas con el permiso del médico que el estudiante tome en caso de emergencias, por la oficina del Director o de la oficina de la Enfermera.

La Legislatura de Mississippi del 2003 pasó House Bill 1082. Los estudiantes pueden tomar sin adulto las medicinas de asma con permiso escrito del padre y una declaración del medico que provee la información que trata del proceso de tomar la medicina. Los estudiantes para quienes es este ley tenga que contactar al Director para el procedimiento requisito antes de la necesidad de tomar la medicina.

Escriba las medicinas que su hijo/a está tomando en su casa (incluyendo la dosis y el horario): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Escriba las medicinas que su hijo/a está tomando en la escuela (incluyendo la dosis y el horario): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿Están de acuerdo que la enfermera de la escuela puede dar Tylenol, Tums, Benadryl, o otra medicina con formulario aprobado sin receta?      Sí, ESTOY DE ACUERDO       NO ESTOY DE ACUERDO**

*No pienso que el distrito sea responsable para pagar ni el cuidado de emergencia y/o la transportación de mi hijo/a. Doy permiso para que la enfermera de la escuela para comunicarse con el médico de mi hijo y el maestro(s) u otro personal escolar con respecto a la información relacionada con la salud.*

\_\_\_\_\_  
**Firme de Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

