



**INFORMACIÓN MÉDICA****Cobertura de seguro:**

- Seguro escolar       Seguro medico privado  
 Medi-Cal       Healthy Families

Compañía de seguro privada (Nombre): \_\_\_\_\_

Un medico debe examinar a los estudiantes cuando ingresen a la escuela por primera vez. En el Programa de educación física de 7mo a 12do grado, los estudiantes hacen suficiente ejercicio como para que se aconseje un examen fisico.

Fecha del ultimo examen físico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo examen físico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**En el caso de una emergencia donde mi hijo se lesione, el personal de la escuela está autorizado a usar su criterio para garantizar que se ofrezcan los servicios necesarios para mi hijo (hijos). Esto no implica hacer responsable al distrito escolar por los servicios médicos solicitados para mi hijo a causa de una lesión ocurrida en la escuela. Es responsabilidad del padre(s)/tutor(es) mantener esta información actualizada. Comuníquese con la escuela de inmediato si ha cambiado parte de la información.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA**

Por favor, avise en la escuela sobre cualquier problema de salud conocido o antecedentes importantes. Esta información podría usarse en caso de emergencia. Tilde el casillero correspondiente si su hijo ha sufrido alguno de los siguientes problemas y dé información adicional si es necesario:

- Diabetes       Convulsiones       Problemas cardíacos       Alergia a picadura de abeja       Epi Pen/Benadryl  
 Asma - medicación       Asma - sin medicación       Inhalador en la escuela       Gafas/lentes de contacto       Limitaciones físicas  
 Alergias conocidas: Por favor, enumere a qué y qué reacción tiene:

\_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_

**Mi hijo toma los siguientes medicamentos:** \_\_\_\_\_ **Médico:** \_\_\_\_\_

**PADRE AUSENTE A QUIEN DAR/ENVIAR INFORMACIÓN O DE QUIEN ACEPTAR MENSAJES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Correo electronic: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTÓ EL ESTUDEIANT Y SU DIRECCIÓN** ENTERED IN AERIES, SUPP I

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Nombre de la escuela      Número de teléfono      Nombre del Distrito  
 \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Domicilio      Ciudad      Estado      Código Postal      Teléfono

**Orden de Expulsión/Expulsado:**

¿Está su niño bajo una orden de expulsión/expulsado de un distrito previo donde el/ella asistió?       Sí       No

**HOME LANGUAGE SURVEY**

cc: Cumulative Folder

¿En qué idioma quiere que esté la correspondencia que se envía a casa?       Inglés       Español  
 ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando coenzó a hablar? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué idioma usa con mayor frecuencia cuando habla con su hijo? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué idioma usa con mayor frecuencia su hijo cuando está en casa? \_\_\_\_\_  
 Mencione qué idiomas hablan más a menudo los adultos de las casa: \_\_\_\_\_  
 Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

**¿A QUÉ RAZA ÉTNICA PERTENECE SU HIJO? (TILDE UNA):** Hispano o latino       No es hispano ni latino**¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO? (SELECCIONE UNA O MÁS, INDEPENDIENTEMENTE DEL GRUPO ÉTNICO):**

- Indio norteamericano o native de Alaska       Indio de Asia       Guamaniano       Negro o afroamericano  
 Chino       Laosiano       Samoano       Blanco (no de origen hispano)  
 Japonés       Camboyano       Tahitiano  
 Coreano       Otra raza asiática       Otra isla del Pacifico  
 Vietnamita       Nativo de Hawaii       Filipino

**HERMANOS INSCRIPTOS ACTUALMENE EN EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO LAKE TAHOE**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
 Apellido      Nombre      Grado      Escuela      Apellido      Nombre      Grado      Escuela  
 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
 Apellido      Nombre      Grado      Escuela      Apellido      Nombre      Grado      Escuela

**School Use Only - Previous District Information****English Proficiency**

English Only	CELDT Listening	Score	Prof.	Date
_____	_____	_____	_____	_____
IFEP _____	Speaking _____	_____	_____	_____
EL _____	Reading _____	_____	_____	_____

If Student has other language than English on Home Language Survey, check CALPADS for Language Fluency status, and schedule CELDT testing if required.

**Algebra I Passed?**

SSID # \_\_\_\_\_  
**CAHSEE** Passed Date  
 ELA \_\_\_\_\_  
 Math \_\_\_\_\_

