District Use Only

- ☐ DIAL-4
- ☐ Medicaid
- ☐ Lunch Application
- ☐ D.D.

4K Enrollment Checklist

Name of Student_____

☐ Completed Application Packet (*Includes Early Childhood Registration Form, Medicaid Cover Letter, Medicaid Consent Forms, Home Language Survey, & Student Health Information Form)

☐ Legal Birth Certificate (*long form)

☐ SC Certificate of Immunization

☐ Proof of Residency (*Acceptable forms of proof of residence: current electric or gas bill; lease or rental agreement)

☐ Medicaid Identification Card (*If applicable)

☐ Lunch Application (*If applying)

***Central Child Development Center and ATC 4K** are needs based programs. Age-eligible children qualify through the Free & Reduced Lunch Application or Medicaid or documented developmental delays or through the screening process.

Formulario de Inscripción para Educación Preescolar en Carolina del Sur
Año escolar 2020-21

Datos de la escuela y el distrito
Escuela: Distrito escolar:
Datos del niño/a
Apellido: Primer nombre: Segundo nombre:
Marcar si corresponde Generación: ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ Jr. ☐ Sr. Sobrenombre:
Fecha de nacimiento *(mm/dd/aa)*: __/_ _/__ Sexo: ☐ M ☐ F Raza/Etnia federal: ¿El/La estudiante es hispano/a o latino/a? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál es su raza? Marcar las que correspondan. ☐ Asiática ☐ Negra o afroamericana ☐ Amerindia o nativa de Alaska ☐ Nativa de Hawái u otras islas del Pacifico ☐ Blanca
Vive con: ☐ madre y padre ☐ madre ☐ padre ☐ abuelos ☐ otros (especifique):
Tiene su hijo algun problema legal relacionado con la custodia/tutela que afecte la recogida de la escuela o la participacion familiar en las actividades de la escuela? ☐ Si ☐ No *(*En caso de Si, necesita proveer documentacion legal como evidencia).*
Esta el estudiante bajo el cuidado de padres adoptivos temporales? ☐ Si ☐ No
Domicilio residencial:
Ciudad:
Condado: South Carolina Cód.Postal: Teléfono residencial:
Dirección postal (si es diferente al Domicilio residencial):
Ciudad: Condado: South Carolina Cód.Postal:
Padres/Tutores ☐ madre y padre ☐ madre ☐ padre ☐ otro (especifique):
Apellido de la madre o tutor: Primer nombre: Inicial del segundo nombre:
Si es diferente a los datos del niño/a: Domicilio residencial:
Ciudad: Condado: South Carolina Cód.Postal:
Teléfono residencial: Teléfono celular:
Lugar de empleo: Teléfono diurno:
Número de teléfono para la asistencia y llamadas de mensajes escolares:
Educación de la madre (*nivel más alto*)☐ Inferior al diploma escolar ☐ GED ☐ Diploma de secundaria ☐ Grado asociado o técnico ☐ Título terciario o universitario ☐ Maestría ☐ Doctorado
Email de la madre o tutor:
Apellido del padre o tutor: Primer nombre: Inicial del segundo nombre:
Si es diferente a los datos del niño/a:

Domicilio residencial:			
Ciudad:	Condado:	South Carolina	Cód.Postal:
Teléfono residencial:		Teléfono celular:	
Lugar de empleo:		Teléfono diurno:	
Número de teléfono para la asistencia y llamadas de mensajes escolares:			
Email del padre o tutor:			

Datos de contactos en caso de emergencia (que no sean la madre, el padre o tutor ya provistos)

Nombre del primer contacto:	Teléfono celular:
Parentesco con el niño/la niña:	Teléfono diurno:
Nombre del segundo contacto:	Teléfono celular:
Parentesco con el niño/la niña:	Teléfono diurno:

Previo establecimiento de cuidado infantil/educación *Se adjuntan las definiciones de proveedores y día completo/día parcial

El año pasado, el cuidado de mi hijo/a estuvo a cargo del siguiente ***proveedor público*** **(marque uno)**:
☐ Head Start
☐ Prekinder en una escuela pública
☐ Desconocido
Mi hijo/a asistió al programa **(marque uno)** ☐ día completo ☐ día parcial
Nombre del proveedor:

☐ El año pasado, el cuidado de mi hijo/a estuvo a cargo ***proveedor privado (ver ejemplos adjuntos de proveedores)***
Mi hijo/a asistió al programa **(marque uno)** ☐ día completo ☐ día parcial
Nombre del proveedor:

El año pasado, el cuidado de mi hijo/a estuvo a cargo de un proveedor informal de cuidado infantil **(marque uno)**:
☐ Padre o pariente
☐ No relativo

Información sobre la salud de su hijo/a

¿Su hijo/a pesó menos de 5.5 libras al nacer? ☐ Sí ☐ No
¿Su hijo/a tiene Medicaid? ☐ Sí ☐ No Número de Medicaid: _____
Mi hijo/a recibe atención médica regular de: ☐ Centro de salud (Departamento de Salud)
☐Sala de emergencias ☐Médico de familia ☐Otro
Nombre: _____ Teléfono: _____

Indique los problemas de salud, enfermedades y alergias a largo plazo:

_____

Indique los medicamentos recetados para uso continuo a largo plazo:

_____

Indique las adaptaciones especiales que serán necesarias para satisfacer las necesidades de mi hijo/a debidamente mientras esté en la Escuela:

_____

Rango de ingresos familiares

Cantidad de personas en la familia o grupo familiar:

Rango de ingresos: ☐ $0-$10,000 ☐ $10,001-$20,000 ☐ $20,001-$30,000 ☐ $30,001-$40,000 ☐ $40,001-$50,000 ☐ $50,001-$60,000 ☐ $60,000 y superior

Idioma

¿Cuál es la lengua materna del niño/a?

¿Qué idioma se habla principalmente en el hogar?

Idioma para comunicaciones verbales:

Idioma para comunicaciones escritas:

Servicios de alfabetización familiar

¿Qué miembros de su familia han participado en el Programa de Alfabetización Familiar del distrito escolar, como alfabetización de adultos, educación para adultos (GED, Diploma de secundaria, Inglés como segunda lengua), educación para padres, desarrollo infantil, o alfabetización interactiva para padres y adultos/niños?
☐ Madre y padre ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor/Abuelos ☐ Nadie

¿Su hijo/a alguna vez participó en los Servicios de Alfabetización Familiar del distrito escolar? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", marque la duración: ☐ 1 Año ☐ 2 Años ☐ 3 Años ☐ 4 años o más

Necesidades especiales de su hijo/a

¿Su hijo/a tiene un Programa Educativo Individual (IEP) o un plan de la Sección 504 en vigencia? ☐ Sí ☐ No
Discapacidad del estudiante: ☐ Ninguna ☐Emocional ☐Aprendizaje ☐Habla ☐Física ☐Otra

Transporte del niño/a

¿Cómo prevé que su hijo/a irá a la escuela? ☐ Autobús escolar ☐ Auto
☐ Transporte de guardería o centro de día ☐ Caminando ☐ Bicicleta ☐ No corresponde
Dirección:_____

¿Cómo prevé que su hijo/a regresará de la escuela? ☐ Autobús escolar a su casa
☐ Autobús escolar a otro lugar ☐ Auto ☐ Guardería o centro de día ☐ Caminando ☐ Bicicleta
☐ No corresponde ☐ Programa extraescolar en la escuela
Dirección:_____

Below is for District Use Only - *La siguiente sección es para uso exclusive del Distrito
ALL CHILDREN PARTICIPATING IN A CERDEP CLASSROOM MUST BE CODED WITH A CERDEP PROGRAM SERVICE CODE.
Early Childhood Placement: ☐ 3 year Class ☐ 4 year Class ☐ 5 year Class ☐ Multi-Age Classroom ☐ Parent Pay ☐ District funded 4K ☐ State funded EIA 4K ☐ State funded CERDEP/CDEP
Student Identification Number:
Program Entry Date: Program Exit Date: Reason for exit:
Income Verification Method (☐ Medicaid, ☐ Free or Reduced Lunch, ☐ W2 forms, ☐ Pay Stubs, Other Income Verification Documented): _____ Meals: Free or Reduced Lunch ☐ Yes ☐ No ☐ N/A if District enrolled in Community Lunch Program
Classroom Type: ☐ FDS District / School Based Full-Day ☐ PDS District / School Based Partial-Day
Was child served by Head Start any time from birth to age 4? ☐ Yes ☐ No
DIAL 3 or 4: (Indicate which) ___ Screening Date: _____ Scores: Motor: ____ Concepts: _____ Language: ____ Self-Help: ____ Social: _____
Classroom Curriculum: ☐ Big Day in PreK ☐ Creative Curriculum ☐ High Scope ☐ InvestiGator ☐ Montessori ☐ World of Wonders
Readiness Assessment: ☐ myIGDIs ☐ PALS- Pre-K ☐ Teaching Strategies GOLD ☐ Other
Medicaid: ☐ Yes ☐ No Medicaid Number_____ Medicaid Active ☐ Yes ☐ No * Copy of Medicaid Card attached ☐
Migrant/Immigrant: ☐ Yes ☐ No Birth Country: _____ State Id #: _____
Did the child participate in Countdown to Kindergarten? ☐ yes ☐ no

Definiciones de día completo y cuidado diurno parcial

Día Completo – Un programa de día completo es aquel en el que los estudiantes asisten durante 6.5 horas o más al día.

Día Parcial – Un programa de día parcial es aquel en el que los estudiantes asisten por menos de 6.5 horas al día.

Definiciones de proveedores de cuidado infantil (públicos)

Head Start – Un programa del Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S., que brinda servicios integrales de educación preescolar, salud, nutrición y participación de los padres, para niños de ingresos bajos y sus familias. Localice su Head Start local: https://www.benefits.gov/benefits/benefit-details/1938

Programa de preescolar una escuela pública – un programa apropiado para el desarrollo financiado por el estado, el distrito o el gobierno federal para niños de 4 años en una escuela pública que se adhiere a las mejores prácticas, utilizando un plan de estudios y una evaluación basados en investigaciones que deben cumplir con el distrito y/o pautas federales.

Desconocido – No necesita explicación

Ejemplos de proveedores privados de cuidado infantil[1]

Centros militares de cuidado infantil – Centros de cuidado infantil en la base que ofrecen servicios de jornada completa, parcial o por hora a las familias de los militares y que deben estar registrados en el DSS. Localice los centros militares de cuidado infantil locales: http://www.militaryonesource.mil/-/military-child-care-programs

Centros religiosos registrados –Centros de cuidado infantil para 13 niños o más, que están patrocinados por una organización religiosa y deben estar registrados en el DSS. Localice a sus proveedores locales registrados: http://www.scchildcare.org/

Hogar familiar registrado – Un hogar familiar que brinda atención a 6 niños como máximo al mismo tiempo en la residencia del proveedor de cuidado infantil, el cual tiene registro o licencia para cuidar regularmente a los niños de más de una familia sin parentesco (más de cuatro horas diarias o más de dos días a la semana). Localice a los proveedores locales en viviendas familiares registradas: http://www.scchildcare.org/

Hogar de cuidado infantil grupal (*Group Home*) registrado – Los *Group Homes* brindan atención a un grupo de 7 a 12 niños en el hogar del proveedor de cuidado infantil. Una sola persona puede cuidar a 8 niños como máximo sin ayuda adicional. Para mayor información, consulte: http://www.scchildcare.org/providers/become-licensed/licensing-requirements/licensed-group-child-care-home.aspx

Proveedor exento –Un proveedor de cuidado infantil que funciona menos de 4 horas diarias o menos de 2 días a la semana o que cuida a los niños de una sola familia sin parentesco. DSS Child Care Licensing no realiza inspecciones y se hacen controles sólo cuando se ofrecen como voluntarios para ABC Quality. Para mayor información, consulte: http://scchildcare.org/providers/become-licensed/licensing-exemptions.aspx

First Steps (CERDEP/CDEP) – Un programa educativo privado, adecuado al desarrollo psicomotor, subvencionado por el estado y basado en los ingresos, que adhiere a las mejores prácticas educativas, utilizando un currículo fundamentado en investigaciones y evaluaciones que deben cumplir con las reglamentaciones de DSS y SCDE. Funciona en un centro privado de cuidado infantil registrado. Póngase en contacto con su First Steps local: https://scfirststeps.org/who-we-are/local-partnerships/

---

[1] En el formulario de registro, no tiene que proporcionar el tipo específico de cuidado infantil privado; Estos ejemplos se enumeran como referencia.

Definiciones de cuidado infantil informal

Pariente cuidado infantil informal: cuidado no regulado o con licencia proporcionado por la familia que no está sujeto a regulaciones o pautas formales

No familiar cuidado infantil informal: cuidado no regulado o con licencia proporcionado por otro cuidador (no familiar) que no está sujeto a regulaciones o pautas formales.

Encuesta de los idiomas hablados en el hogar (HLS, por sus siglas en inglés)

La Ley de Derechos Civiles de 1964, Título VI, Procedimientos para el Cumplimiento con las Minorías Lingüísticas, obliga a los distritos escolares y las escuelas autónomas a determinar el(los) idioma(s) que se habla(n) en el hogar de cada estudiante para identificar sus necesidades lingüísticas específicas. Esta información es esencial para que las escuelas brinden una instrucción significativa a todos los estudiantes, según lo estipulado en Plyler v. Doe, 457 U.S. 202 (1982).

El propósito de esta encuesta es determinar el idioma principal o el idioma hablado en el hogar del estudiante. La HLS se debe administrar a todos los estudiantes inscritos en el distrito escolar / escuela autónoma. La HLS se administra una sola vez, luego de la inscripción inicial en South Carolina, y se mantiene en el expediente permanente del estudiante.

Por favor, tenga en cuenta que las respuestas en la encuesta que se encuentra a continuación son específicas para cada estudiante. Si se registra un idioma diferente del inglés en CUALQUIERA de las preguntas de la encuesta que siguen a continuación, se administrará el W-APT/WIDA Screener para determinar si el estudiante reunirá los requisitos para recibir más apoyo en el desarrollo del idioma inglés.

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre el idioma hablado por el estudiante:

1. ¿Cuál es el idioma nativo del **estudiante**? _____
2. ¿Qué idioma(s) habla el **estudiante** con mayor frecuencia? _____
3. ¿Qué idioma(s) habla el **estudiante** en el hogar? _____
4. ¿En qué idioma desea recibir las comunicaciones de la escuela? _____

Nombre del estudiante:_____**Grado:**_____

Nombre del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor:_____**Fecha:** _____

Al firmar aquí, usted certifica que las respuestas a las tres preguntas anteriores son específicas de su estudiante. Usted entiende que, si se ha identificado un idioma distinto del inglés, su estudiante será evaluado para determinar si califica para recibir servicios de desarrollo del idioma inglés, para ayudarle a ser fluido en inglés. Si es incluido en el programa de desarrollo del idioma inglés, su estudiante tendrá derecho a recibir servicios como estudiante de inglés y será evaluado anualmente para determinar su dominio del idioma inglés.

Para uso exclusivo de la escuela:

El personal de la escuela que administró y explicó la HLS y la inclusión de un estudiante en un programa de desarrollo del idioma inglés si se indicó un idioma distinto del inglés:

Nombre:_____Fecha: _____

ROCK HILL Schools
YORK COUNTY DISTRICT THREE

Estimado/a padre/madre/tutor,

El Distrito Escolar de Rock Hill y el Departamento de Educación de South Carolina han firmado un convenio con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de SC, que permitirá que el distrito escolar le facture a Medicaid por los servicios relacionados con la salud que hayan sido provistos por las enfermeras de las escuelas durante la jornada escolar. El reembolso de Medicaid por los servicios de salud brindados en la escuela no afectará a ningún otro servicio de Medicaid para el cual su hijo/a cumpla con los requisitos.

Si su familia participa en el programa Medicaid de SC y usted le otorga permiso al distrito para que le facture a Medicaid, por favor firme el formulario de consentimiento que se encuentra adjunto. Este consentimiento permitirá que el distrito escolar pueda hacer lo siguiente:

- Divulgar e intercambiar la siguiente información del registro de mi hijo/a con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Agencia de Medicaid) o Agencia de Medicaid de mi hijo/a a los fines de facturar los servicios relacionados con la salud provistos a mi hijo/a;
- Facturar a la Agencia de Medicaid aseguradoras por los servicios relacionados con la salud;
- Recibir pagos de la Agencia de Medicaid y otras compañías aseguradoras por los servicios relacionados con la salud provistos a mi hijo/a por el Distrito;
- El Distrito seguirá brindando los servicios relacionados con la salud que requiera mi hijo/a sin ningún costo para mí, incluso si me niego a permitir la facturación de los servicios;
- El otorgamiento de consentimiento de mi parte es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento. Si en el futuro revoco el consentimiento, dicha revocación no es retroactiva (es decir, no niega una acción que haya tenido lugar después de que el consentimiento fuera otorgado y antes de que el consentimiento fuera revocado).

Por favor, complete el formulario de consentimiento que se encuentra adjunto y devuélvalo a la escuela de su hijo/a. No dude en contactarme si tiene alguna pregunta.

Gracias,

Sadie Kirell, RN

Sadie Kirell, RN, BSN
Jefa de enfermería clínica

ROCK HILL Schools
YORK COUNTY DISTRICT THREE

Consentimiento para facturar a las aseguradoras privadas y a Medicaid

El Distrito Escolar Rock Hill y el Departamento de Educación de South Carolina (SCDE, por sus siglas en inglés) cuentan con mi permiso para brindarle servicios a mi hijo/a y divulgar e intercambiar información médica, psicológica y otra información confidencial personalmente identificable, según sea necesario, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina (SCDHHS, por sus siglas en inglés) y a cualquier aseguradora externa correspondiente, que esté relacionada con servicios facturables prestados a mi hijo/a. Entiendo que el propósito de este consentimiento es facturar a Medicaid y/o a una aseguradora privada externa por los servicios prestados bajo la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés).

Al firmar este formulario, le doy mi permiso al Distrito y al SCDE para facturar a y recibir pagos de Medicaid y cualquier aseguradora externa por servicios de diagnóstico y evaluación psicológica, servicios de salud conductual, servicios de enfermería y otros exámenes relacionados con la salud y servicios de tratamiento que se puedan facturar a Medicaid o a una aseguradora externa con o sin el requisito de un programa de educación individualizado (IEP, por sus siglas en inglés). El Distrito me entregó una notificación por escrito de conformidad con la regulación de IDEA en 34 C.F.R. §§ 300.154(d)(2)(v) y 300.503(c), antes de que yo firmara este consentimiento para divulgar información para facturar a Medicaid o aseguradoras externas y antes de acceder a los beneficios de Medicaid o la aseguradora externa de mi hijo/a.

También entiendo que el Distrito tiene que notificarme por escrito todos los años acerca de mis derechos relacionados con el acceso de Medicaid o cualquier aseguradora externa a la información de mi hijo/a y antes de que el Distrito y el SCDE accedan a mis beneficios para pagar por servicios bajo la ley IDEA. Este consentimiento para la divulgación de información para facturar a Medicaid y a cualquier aseguradora externa es un consentimiento que se otorga una sola vez y no requiere ser renovado anualmente a partir de entonces, a menos que se produzca un cambio en el tipo o la cantidad de servicios que reciba mi hijo/a p un cambio en el costo de los servicios a ser cobrados a Medicaid o a una aseguradora externa. Entiendo que el reembolso de Medicaid y la aseguradora externa por los servicios facturables provistos por el Distrito y el SCDE no afectarán a ningún otro servicio de Medicaid o beneficios del seguro para los cuales mi hijo/a cumpla con los requisitos. Entiendo que mi hijo/a recibirá los servicios incluidos en el IEP más allá de que mi hijo/a esté cubierto por programas de seguros públicos o privados y más allá de que yo otorgue o no mi consentimiento para acceder a esos beneficios. Entiendo que mi negativa a otorgar consentimiento para que el SCDHHS o cualquier aseguradora externa accedan a información personalmente identificable de mi hijo/a no exime al Distrito de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo/a me sean provistos sin costo alguno para mí.

Entiendo que este consentimiento es voluntario de mi parte y puede ser revocado en cualquier momento. Si más adelante revoco este consentimiento, dicha revocación no es retroactiva (es decir; no invalida una acción sucedida después de que el consentimiento fuera otorgado y antes de que el consentimiento fuera revocado).

Entiendo además que el Distrito y el SCDE operarán bajo las directrices de la IDEA y la Ley de Derechos de la Familia a la Educación y la Privacidad (FERPA), para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento y a la provisión de servicios para mi hijo/a.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ N° de Medicaid: _____

_____ _____

Firma del padre/tutor Fecha

Grado: _____

Profesora: _____

Información de la Salud del Estudiante

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento : _____

Para el mejor cuidado de su hijo en la escuela es muy importante completar la siguiente información. Por favor marque cualquiera y todas las condiciones que se presentan y proporcione una explicación más abajo. La escuela NO proporciona medicamento alguno. Los medicamentos no serán aceptados en la escuela sin una prescripción completa o un formulario de autorización para los medicamentos sin prescripción. El formulario de autorización de medicamentos debe ser firmada por el doctor de su hijo. Los medicamentos deben estar en el envase original de la farmacia con el nombre del niño y las instrucciones del doctor en la etiqueta.

Alergias:

- ☐ Alergia Alimentaria
- ☐ Alergia a Insectos
- ☐ Alergia Estacional
- ☐ Otra Alergia

Medicamentos para tratar la reacción alérgica

- ☐ EpiPen
- ☐ Benadryl
- ☐ No es necesario un tratamiento

Condiciones médicas:

- ☐ Asma
- ☐ ADHD/ADD*
- ☐ Autismo
- ☐ Transtorno de Sangrado**
- ☐ Parálisis cerebral
- ☐ Diabetes
- ☐ Eczema
- ☐ Infecciones al oído (frecuente)
- ☐ Problemas del Ojo/Visión
- ☐ Deficiencia auditiva
- ☐ Problemas del corazón
- ☐ Dolores de cabeza/Migrañas
- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Problemas de riñón
- ☐ Problemas Psicológicos/de Conducta
- ☐ Transtorno convulsivo
- ☐ Célula falciforme (Sickle cell)

* ADHD/ADD: *Déficit de atención con hiperactividad/ Déficit de atención* **Transtornos de sangrado : *Bleeding disorder*

Si cualquiera de las condiciones anteriores está marcada, por favor explique los detalles de la condición médica:

_____

_____

Por favor haga una lista de las medicinas que su hijo toma rutinariamente/diariamente:

_____

_____

¿Tiene su hijo: (Esta información permitirá a la enfermera de la escuela ayudar en la identificación de la elegibilidad para el programa si es necesario)

☐ Medicaid ☐ Seguro privado ☐ No cobertura por seguro/no aseguranza

Las enfermeras escolares usan diferentes tratamientos para los menores primeros auxilios en la sala de salud. Estos tratamientos incluyen antibiotico tópico para los cortes y raspaduras, hisopos contra la picazón para la picadura de insectos, anestésico oral a base de Benzocaína para la boca o dolor dental, Caladryl y/o Cortisona en crema tópica para la picazón de la piel y vaselina para irritaciones menores de la piel. Si usted NO desea que la enfermera de la escuela use estos elementos de primeros auxilios, por favor vea a la enfermera de la escuela para declinar (rechazar, rehusar) este tratamiento.

La política del distrito escolar establece que si un niño experimenta una reacción alérgica inesperada en la escuela, la enfermera de la escuela puede administrar un EpiPen prescrito para la escuela y llamar al EMS (Emergency Medical Service)

Por favor notifique a la enfermera de la escuela si hay cualquier cambio en la historia médica del estudiante a lo largo del año escolar. Es muy importante que la enfermera de la escuela sea capaz de ponerse en contacto en forma oportuna con el padre/tutor u otro adulto responsable cuando su hijo está enfermo. Por favor póngase en contacto con la escuela cuando usted tenga un cambio en su(s) número(s) de teléfono.

Gracias por su tiempo en completar el formulario de salud de su hijo. Este es un documento considerado confidencial y no será compartido a menos que sea necesario en una situación cuando la salud de su hijo debe ser tomada en cuenta en el ambiente escolar. Por favor siéntase libre en llamar a la enfermera de la escuela en cualquier momento con sus preocupaciones o preguntas.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____

Nombre en letras de imprenta_____Email:_____