

INFORMACION ACERCA DE LA SALUD

Tiene el alumno alguna condición de salud fuera de lo normal? SI NO (Si marcó SI, favor de explicar marcando la casilla apropiada.)

Toma medicinas con regularidad en la escuela Toma medicinas con regularidad en la casa

<input type="checkbox"/> Asma	Medicina y/o instrucciones	Inhalador	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Alergias	Medicina y/o instrucciones	Epi-pen	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Anotar alergias: _____						
<input type="checkbox"/> Corazón	Medicina y/o instrucciones		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Convulsiones	Medicina y/o instrucciones		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Diabetes	Medicina y/o instrucciones		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Otra (especifique):			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Medicina y/o instrucciones					
<input type="checkbox"/> Oído	Medicina y/o instrucciones	Usa algún aparato para oír:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> Vista	Medicina y/o instrucciones	Lentes: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Lentes de contacto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Doctor a llamar en caso de emergencia: _____ Tel: _____

FIRMA DE LOS PADRES / TUTORES (REQUISITO)

- Yo entiendo que si la información en esta tarjeta cambia durante el transcurso del año escolar, es mi responsabilidad notificarle al personal de la escuela para que se hagan los cambios necesarios.
- Con mi firma a continuación yo confirmo que soy el padre o tutor legal de este niño y que vive conmigo en la dirección que aparece arriba.

Firma de los padres o tutores legales _____

Fecha _____

**ESTA SECCION ES SOLAMENTE PARA LOS ALUMNOS DE KINDERGARTEN O
LOS ESTUDIANTES QUE ESTAN EMPEZANDO POR PRIMERA VEZ EN LAS ESCUELAS DE FLORENCE**

Escuela anterior: _____ Dirección Escuela: _____ Tel. Escuela: _____
Fax Escuela: _____

Selección de escuela K-4	Favor de indicar su selección, marcando una "X" a la par del nombre de la escuela. Excepto a circunstancias extenuantes, un alumno de la primaria no podrá moverse de escuela a escuela durante los grados de kindergarten hasta cuarto.	<input type="checkbox"/> Forest Hills Elementary <input type="checkbox"/> Harlan Elementary <input type="checkbox"/> Weeden Elementary	Grados K-4 Grados K-4 Grados K-4
	Marcar la escuela a la cual asistirá su hijo/a durante el año escolar 2013-2014	<input type="checkbox"/> Hibbett Middle School <input type="checkbox"/> Florence Middle School <input type="checkbox"/> Florence Freshman Center <input type="checkbox"/> Florence High School	Grados 5-6 Grados 7-8 Grado 9 Grados 10-12

FOR OFFICE USE ONLY

Documentation Provided: Birth Certificate Social Security Card Alabama Immunization Certificate: Blue Student ID # _____
School: _____ Date of Entry: _____ Teacher Assigned: _____