

Año escolar: \_\_\_\_\_ Nombre del maestro: \_\_\_\_\_ Grado

Nombre LEGAL del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Femenino/Masculino  
(como está en el acta de nacimiento) Apellido, Nombre Segundo nombre Mes/Día/Año

\_\_\_\_\_  
 Domicilio de correo Ciudad Estado CP Correo electrónico del estudiante  
 \_\_\_\_\_  
 Domicilio de residencia (SI ES DIFERENTE) Ciudad Estado CP

**Contacto Automatizado por Teléfono / Correo Electrónico:** Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
*(Aquí es donde recibirá mensajes automatizados de la escuela/emergencia.)*

Madre/Tutora \_\_\_\_\_  
 Nombre Apellido Teléfono Celular Teléfono del Trabajo Teléfono de la Casa

\_\_\_\_\_  
 Domicilio si es Diferente al del Estudiante Ciudad Estado CP Correo Electrónico

Padre/Tutor \_\_\_\_\_  
 Nombre Apellido Teléfono Celular Teléfono del Trabajo Teléfono de la Casa

\_\_\_\_\_  
 Domicilio si es Diferente al del Estudiante Ciudad Estado CP Correo Electrónico

Otro Padre/Tutor \_\_\_\_\_  
 Nombre Apellido Teléfono Celular Teléfono del Trabajo Teléfono de la Casa

\_\_\_\_\_  
 Domicilio si es Diferente al del Estudiante Ciudad Estado CP Relación con el Estudiante

Otro Padre/Tutor \_\_\_\_\_  
 Nombre Apellido Teléfono Celular Teléfono del Trabajo Teléfono de la Casa

\_\_\_\_\_  
 Domicilio si es Diferente al del Estudiante Ciudad Estado CP Relación con el Estudiante

Mi estudiante puede ser entregado a las siguientes personas cuando yo no pueda ser contactado en caso de enfermedad, emergencia, cierre de la escuela, citas, almuerzo u otra razón autorizada proporcionada por mí. Entiendo que MI NIÑO NO SERÁ ENTREGADO A NINGUNA PERSONA MENOR DE 18 AÑOS, INCLUYENDO A HERMANOS, O A NADIE QUE NO ESTÉ INCLUIDO EN ESTA TARJETA.

\_\_\_\_\_  
 Nombre #s de Teléfono Relación con el Estudiante Nombre #s de Teléfono Relación con el Estudiante

\_\_\_\_\_  
 Nombre #s de Teléfono Relación con el Estudiante Nombre #s de Teléfono Relación con el Estudiante

\_\_\_\_\_  
 Nombre #s de Teléfono Relación con el Estudiante Nombre #s de Teléfono Relación con el Estudiante

**PROBLEMAS DE SALUD (Marque todas las opciones que aplican)**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnosticado con ADD o ADHD  | <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga                       | <input type="checkbox"/> Lesiones en los ojos  | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Asma                          | <input type="checkbox"/> Eczema/Problemas de la piel                  | <input type="checkbox"/> Pérdida conocida de la vista  | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Desorden de sangrados         | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón                        | <input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto  |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza                        | <input type="checkbox"/> Usa lentes  |   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                     | <input type="checkbox"/> Historial de fracturas                       |  |   |
| <input type="checkbox"/> Hipoglucemia                  | <input type="checkbox"/> Historial de hospitalización                 | <input type="checkbox"/> Para trabajar de cerca <input type="checkbox"/> Sólo de lejos <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |   |
| <input type="checkbox"/> Sangra por la nariz frecuente | <input type="checkbox"/> Historial de cirugías                        | <input type="checkbox"/> Deficiencia de la visión del color  |   |
| <input type="checkbox"/> Escoliosis                    |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Desorden de convulsiones      |   | <input type="checkbox"/> Pérdida conocida del oído   |   |
| <input type="checkbox"/> Varicela                      | <input type="checkbox"/> Limitaciones físicas <i>(explique abajo)</i> | <input type="checkbox"/> Historial de problemas del oído   |   |

Otros o más detalles de lo anterior \_\_\_\_\_

**ALERGIAS (Marque todas las opciones que aplican)** Ninguna: \_\_\_\_\_

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Animales          | <input type="checkbox"/> Medicamentos | Liste cosas específicas a las que el estudiante es alérgico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Picadura de abeja | <input type="checkbox"/> Comida       |  |
| <input type="checkbox"/> Insectos          | <input type="checkbox"/> Plantas      | Describe la reacción alérgica y/o tratamiento: _____               |
|  | <input type="checkbox"/> Otras        | Explique: _____  |

**MEDICAMENTO(S) ACTUALES**  No  Sí  Epi-Pen

*Si un medicamento se necesita en la escuela, deben recoger en la oficina un formulario de consentimiento para los medicamentos y completarlo.*

**AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA:** Yo soy/somos los padres/tutores del estudiante mencionado arriba. En caso de que yo/nosotros no podamos ser contactados durante cualquier emergencia, yo/nosotros por medio de la presente autorizamos a un representante de la escuela, de acuerdo a las provisiones del Código Familiar Sección 6910, para que actúe como cualquier agente para que consienta dar cualquiera o todos los cuidados médicos, dentales, de hospital o de cirugía al estudiante mencionado arriba.

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

**PERMISO PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

Yo/nosotros damos permiso para que mi/nuestro estudiante sea observado, entrevistado, fotografiado y/o filmado cuando a un representante de los medios de comunicación se le haya permitido, por el director/a o designado, estar en las instalaciones. Sí  No

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DEL USO ACEPTABLE POR PARTE DEL ESTUDIANTE DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS DE SSUSD**

Yo corroboro que he tenido acceso y que he leído la **Política del Uso Aceptable por parte del Estudiante de los Recursos Tecnológicos del Distrito Escolar Unificado de Sierra Sands** del año escolar 2016-2017 en la página de Internet de Sierra Sands en [http://www.ssusdschools.org/pages/Sierra\\_Sands\\_USD/Registration](http://www.ssusdschools.org/pages/Sierra_Sands_USD/Registration)

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Consentimiento del estudiante**

Yo entiendo y me apegaré a la **Política del Uso Aceptable por parte del Estudiante de los Recursos Tecnológicos del Distrito Escolar Unificado de Sierra Sands**. Además entiendo que si cometo cualquier violación, mis privilegios de acceso serán revocados, y se tomarán las acciones disciplinarias escolares y/o la acción legal apropiada. En consideración por el uso de la conexión de Internet del Distrito y por tener acceso a la red pública, por este medio eximo al Distrito y los miembros de la Mesa Directiva Escolar, a los empleados, y a los agentes de cualquier reclamación o daño que surja de mi uso, o inhabilidad de usar la Internet.

FIRMA DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Consentimiento de uno de los padres**

He leído la **Política del Uso Aceptable por parte del Estudiante de los Recursos Tecnológicos del Distrito Escolar Unificado de Sierra Sands**, la cual podría, algunas veces, incluir correo electrónico. Entiendo que el acceso está designado para propósitos educativos y que el Distrito ha tomado precauciones para eliminar material controversial. Sin embargo, también reconozco que para el Distrito es imposible restringir el acceso a todo el material controversial e inapropiado. Por este medio eximo al distrito, a su personal, a los miembros de la Mesa Directiva Escolar, y cualquier institución con la cual esté afiliado, de cualquiera y todos los reclamos y daños de cualquier naturaleza que surjan del uso o inhabilidad de uso de mi hijo de la red electrónica. Esto incluye, pero no se limita a reclamos que pudieran surgir del uso no autorizado de los componentes de la red o del daño causado por materiales o software obtenidos por medio de la red. Yo acepto responsabilidad total por la supervisión cuando el uso de mi hijo no sea en el ambiente escolar. Acepto la responsabilidad de establecer y transmitir estándares para que mi hija o hijo los sigan cuando seleccione, comparta o explore información y medios de comunicación. **Yo he discutido los términos de esta Política con mi niño.** Por este medio pido que a mi niño se le permita el acceso a la red del Distrito y a la Internet.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

O

Yo no tengo acceso a la página de Internet de Sierra Sands y me gustaría que se me mandara a la casa con mi estudiante una copia impresa de la **Política para el Estudiante del Uso Aceptable de los Recursos Tecnológicos del Distrito Escolar Unificado de Sierra Sands del año 2016-17**. Yo firmaré y regresaré a la escuela de mi estudiante el formulario de acuerdo del estudiante/padre.

Office Use (Para Uso de la Oficina):  
Date Sent \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_

**Aceptación de Recibido de los Padres del Manual de los Derechos y Responsabilidades para los Padres y Estudiantes del 2016-17**

El Código de Educación Sección 48982 requiere que los padres o tutores firmen y regresen la aceptación de que han recibido y leído el **Manual de los Derechos y Responsabilidades para los Padres y Estudiantes del 2016-17** con respecto a los derechos relacionados con las actividades que podrían afectar a su niño/s.

Yo corroboro que he tenido acceso y he leído el **Manual de los Derechos y Responsabilidades del 2016-17** en la página de Internet de Sierra Sands en [http://www.ssusdschools.org/pages/Sierra\\_Sands\\_USD/Registration](http://www.ssusdschools.org/pages/Sierra_Sands_USD/Registration)

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

O

Yo no tengo acceso a la página de Internet de Sierra Sands y me gustaría que se me mandara a la casa con mi estudiante una copia impresa del **Manual de los Derechos y Responsabilidades del 2016-17**. Yo firmaré y regresaré a la escuela de mi estudiante el formulario de aceptación de recibo.

Office Use (Para Uso de la Oficina):  
Date Sent \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_

**Yo/nosotros hemos revisado este documento de dos páginas y a lo mejor de mi entendimiento, la información aquí contenida es verdadera y completa. El signatario declara bajo pena de perjurio que ellos son los padres o tutores legales del estudiante mencionado arriba y consiente las autorizaciones de arriba.**

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