



# Inscripción a Jump Start

Por favor de completar ambos lados y regresarla a su escuela donde su hijo/a irá a Kindergarten. (Ver [directorio escolar.](#)) O la puede enviar a [jumpstart@seattleschools.org](mailto:jumpstart@seattleschools.org) o correo a Seattle Public Schools, MS 31-588, PO Box 34165, Seattle, WA 98124

**Nombre de la Escuela:** \_\_\_\_\_

**Nombre complete del niño:** \_\_\_\_\_

**Como le gusta al niño que le llamen:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Niño:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  M  F  Otro \_\_\_\_\_

**Dirección completa** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa o trabajo:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico Preferido:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa o trabajo:** \_\_\_\_\_

**Lenguaje primario de la familia:** \_\_\_\_\_

¿Necesitará el niño interpretación?  Sí  No

¿Tiene su niño hermanos en la escuela?  Sí  No

**Si tiene, por favor escriba los nombres, grados y maestros**

\_\_\_\_\_

¿Asistió su niño a pre-escolar o cuidado de niños antes de Kindergarten?  Si  No

Si así fué, ¿donde? \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela/cuidado de niños Dirección Ciudad

**Circule los días de la semana que su hijo esta/estuvo en pre-escolar:** Lu  Ma  Mie  Ju  Vi  Sab  Dom

**Número de horas por día:** \_\_\_\_\_

**Contactos de Emergencia** (En adición a esos de arriba, por favor apunte a la gente quienes podrían recoger a su hijo en caso de emergencia, si no le encontráramos a usted primero.)

**1.** Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo o casa: \_\_\_\_\_

**2.** Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo o casa: \_\_\_\_\_

**Permiso de Foto/Video:** ¿Da el permiso para que su hijo/a sea incluido/a en fotos/videos de Jump Start para uso escolar solamente?  Sí  No

# Información de Salud y Desarrollo

1.  Alergia/Anafilaxia – Por favor anexe el plan de salud individualizado del estudiante (IHP) por su alergia.
  - a. ¿A que es el estudiante alérgico? \_\_\_\_\_
  - b. Sí  No  ¿Tiene el estudiante una prescripción de rescate de epinefrina de auto inyección?
2.  Asma con medicamento de rescate (por ejemplo: inhalador de rescate)
  - a. Sí  No  ¿Utiliza el niño inhalador de rescate rutinariamente para síntomas de asma?
  - b. Sí  No  ¿Ha sido su hijo hospitalizado por asma durante el pasado año?
  - c. Sí  No  ¿Ha usado su hijo esteroides (prednisona) para síntomas de asma durante el pasado año?
3.  Desorden de Convulsiones – Favor de anexar el plan de salud individualizado del estudiante (IHP) para convulsiones.
  - a. Sí  No  Mi estudiante necesita medicación de emergencia para las convulsiones.  
Medicina: \_\_\_\_\_
4.  Diabetes – Favor de anexar el plan de salud individualizado del estudiante (IHP) para diabetes.
  - a. Mi estudiante tiene:  bomba de insulina  pluma de insulina  insulina inyectada
5.  Otra información de Salud, Desarrollo o Conducta: \_\_\_\_\_
  - a. ¿IHP en archivo? Sí  No  ¿Amenaza de vida? Sí  No
  - b. Medicamentos o tratamientos necesarios: \_\_\_\_\_
6.  ¿Plan de Educación Individualizado (IEP)? Sí  No  ¿504?  Sí  No  Por favor anote cualquier apoyo que el personal pudiera proporcionar en la siguiente sección de abajo (#8).
7.  **Mi estudiante no tiene problemas de salud hasta donde sabemos**
8. **Medicamentos a tomar en la escuela**       Diariamente       Emergencia
  - a. Medicina: \_\_\_\_\_
  - b. Dosis: \_\_\_\_\_
  - c. Vía: \_\_\_\_\_
  - d. Hora: \_\_\_\_\_
9. **Tratamientos para hacer en la escuela** (tales como alimentación por sonda, succión, inodoro, estimulación VNS, etc.) & Hora:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. **Apoyos específicos que podemos proveer a su hijo/a:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Importante:** Si su niño tiene serios problemas de salud requiriendo medicación en la escuela, necesitaremos por escrito un [Plan Individual de Salud](#) (IHP) y una [Autorización para Medicación](#) en el archivo escolar antes de Jump Start. Sin estos, un adulto en la familia necesitará permanecer en el sitio durante Jump Start en caso de emergencia. Por favor, llame al (206) 252-0750 (Servicios de Salud de SPS) si su niño necesita un Plan Individual de Salud y le asistiremos.