

Inscripción para el Emerson Jump Start 2025

1. Nombre del niño _____
2. Apellido del niño _____
3. ¿Cuál es el nombre preferido de su hijo? _____
4. Fecha de nacimiento _____
5. Género _____
6. Dirección _____
7. Código postal _____

8. Nombre del padre o tutor principal _____
9. Apellido del padre o tutor principal _____
10. Número de teléfono celular del padre, madre o tutor principal _____

11. Número de teléfono del trabajo/casa del padre/tutor principal _____

12. Dirección de correo electrónico del padre/tutor principal _____

13. Nombre del tutor del padre o tutor secundario _____
14. Apellido del tutor del padre o tutor secundario _____
15. Número de teléfono celular del padre o tutor secundario _____
16. Número de teléfono del trabajo/casa del tutor del padre/madre secundario _____

17. Dirección de correo electrónico del tutor del padre/madre secundario _____

18. Idioma principal de la familia _____
19. Se requiere intérprete Sí No
20. ¿Tiene otros hijos que asisten a esta escuela? Sí No

21. Si tiene otros hijos que asisten a la Escuela Primaria Emerson, indique sus nombres y grado. _____

22. Nombre del contacto de emergencia (persona a quien usted autoriza a recoger a su hijo en una situación de emergencia) _ _____

23. Relación de contacto de emergencia con el estudiante _ _____

24. Número de teléfono celular de contacto de emergencia _ _____

25. Número de teléfono de contacto de emergencia del trabajo/casa _

26. Nombre del contacto de emergencia (persona a quien usted autoriza a recoger a su hijo en una situación de emergencia) _ _____

27. Relación de contacto de emergencia con el estudiante _ _____

28. Número de teléfono celular de contacto de emergencia _ _____

29. Número de teléfono de contacto de emergencia del trabajo/casa _

30. Permiso para fotos y videos: ¿Permite que su hijo/a aparezca en fotos o videos durante el programa Jump Start, solo para uso escolar? Sí No

31. Mi estudiante tiene problemas de salud conocidos. Sí No

32. Alergia/anafilaxia: Describa el plan de salud individualizado (PII) del niño para esta alergia. _____

33. ¿A qué es alérgico el estudiante? _____

34. ¿Tiene el estudiante una receta de autoinyector de epinefrina de rescate? Asma con medicación de rescate (por ejemplo, inhalador de rescate) Sí No No aplica

35. ¿El estudiante usa habitualmente un inhalador de rescate para los síntomas del asma? Sí No

36. ¿Ha sido hospitalizado su hijo por asma en el último año? Sí No

37. ¿Su hijo ha usado esteroides (prednisona) para los síntomas del asma durante el último año?

Sí No

38. Trastorno convulsivo: Describa el plan de salud individualizado (IHP) del estudiante para convulsiones. _____

39. Si su hijo necesita medicación de emergencia por una convulsión, ¿cuál es la medicación?

40. Diabetes : Adjunte el plan de salud individualizado (PII) del estudiante para la diabetes.

41. Mi estudiante tiene _____ por diabetes.

Bomba de insulina Pluma de insulina Insulina inyectada

42. Si el niño tiene otros problemas de salud, indique el problema o el tratamiento que necesita:

43. Mi hijo tiene un Plan de Salud Individual (PSI):

44. La condición de mi hijo pone en peligro su vida:

45. Mi hijo actualmente toma los siguientes medicamentos:

46. Mi hijo necesita estos tratamientos: (alimentación por sonda, succión, uso del baño , etc. :)

47. Antes de Jump Start: Si su hijo tiene un problema de salud grave que requiera medicación en la escuela, envíe a la escuela el Plan de Salud Individual (PSI) y una Autorización para Medicamentos. Llame al (206) 252-0750 (Servicios de Salud de SPS) si necesita ayuda o tiene alguna pregunta. Sin estos documentos, un familiar adulto deberá permanecer en Jump Start en caso de emergencia.

Entiendo los requisitos. Firma del padre/madre _ _____

48.¿Qué ayudará a que su hijo se sienta cómodo participando en la escuela?

49.¿Qué puede hacer el personal para ayudar a su hijo a hacer amigos y disfrutar de Jump Start?

50. ¿Su hijo tiene un: Plan Educativo Individualizado (IEP): Sí No

51. ¿Su hijo tiene un Plan 504? Sí No

52. *Antes de comenzar: si tiene inquietudes sobre su hijo, o si su hijo tiene un IEP o 504, nos gustaría Me gustaría hablar contigo también Planifiquemos juntos. Por favor, llame a su escuela para hablar con el subdirector o el director.*

Entiendo los requisitos.

53. Nombre completo del padre/madre (por favor, escriba en letra de imprenta)_

54. Firma del padre/madre _ _____

55.Fecha _____