

## 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 \_\_\_\_\_