

### Formulario de Registro de Estudiantes – Autorización de Emergencia y Formulario de Información Médica

Nombre \_\_\_\_\_ Nivel \_\_\_\_\_ Genero M or F  
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Condado de Residencia (Marque uno) \_\_\_ Calumet \_\_\_ Fond du Lac \_\_\_ Sheboygan

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año) (Ciudad, Condado, Estado)

Primer año en que el/la estudiante asistió una escuela en los Estados Unidos si su lugar de nacimiento está fuera de los Estados Unidos \_\_\_\_\_

Padre/Guardian Correo electrónico: De la casa \_\_\_\_\_ Del Trabajo \_\_\_\_\_

Si no es New Holstein: Última Escuela que asistió el estudiante

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad, Condado, Estado)

¿Es el/la estudiante hispanico(a) o Latino(a)? (Marque uno) \_\_\_ No, no es Hispánico(a) o Latino(a) \_\_\_ Si, es Hispánico(a) o Latino(a)

Es el/la estudiante: (Marque uno o más)

\_\_\_ Nativo Americano o Nativo de Alaska \_\_\_ Asiano \_\_\_ Negro(a) o Africano-Americano(a)  
\_\_\_ Nativo(a) de Hawaii o do Otra Isla Pacífica \_\_\_ Blanco(a)

• Padre/Guardian \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) (Sr., Dr., Etc.)

• Si es diferente de la del estudiante: Dirección \_\_\_\_\_

• Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono celular del padre (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

• Empresario \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

• Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

• Teléfono del Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ Horas de trabajo De \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

❖ Madre/Guardian \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) (Sra., Dr., Etc.)

❖ Si es diferente de la del estudiante: Dirección \_\_\_\_\_

❖ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono celular de la madre (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

❖ Empresario \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

❖ Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

❖ Teléfono del Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ Horas de trabajo De \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

(La nota: Continuó el lado inverso)

Situación Matrimonial de los padres \_\_\_ (casados separados o divorciados \_\_\_ Estudiante vive con \_\_\_\_\_

Si están separados o divorciados, nombre de persona con custodia legal. \_\_\_\_\_

Tien el otro padre derecho legal de visitor? Si No Quiere ese padre recibir información de la escuela, etc. Si No

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de emergencia , si no podemos contactar los padres, indique otra persona que podemos contactar para cuidar su estudiante.

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación al niño \_\_\_\_\_

Doctor Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de seguro médico del guardián \_\_\_\_\_

### CUIDO MEDICO Y DENTAL PARA EMERGENCIAS

Yo le doy permiso al director, maestro o enfermera que le llame al medico familiar o dentista familiar nombrado arriba si hay una emergencia si mi estudiante nesecita cuidado y no estoy inmediatamente disponible.

Si el medico o dentista local no se encuentra disponible y los autoridades de la escuela no pueden contactarme ni el contacto de emergencias que escribí arriba, les doy permiso buscar servicios medicales de un profesional en el lugar que sea más disponible.

Firma del Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

INFORMACION DE LA SALUD: Escriba si hay un problema medical, alergias que la estudiante tiene o si nesecita atención especial para algo. \_\_\_\_\_

Escriba enfermedades, condiciones, medicamientos, dieta especial, o nesecidades especiales que la estudiante tiene  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiene el estudiante algún problema fisica, o otra dificultad, que los maestros y la escuela debe saber? \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ha tenido el estudiante alguna enfermedad grave o un accidente por el verano? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ESCRIBA LOS NOMBRES DE OTROS NIÑOS DE LA FAMILIA MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD

Apellido, Nombre	Edad	Escuela que asiste	Nivel	Fecha de Nacimiento	Género

Marque si su estudiante usará el autobus: (siempre o de vez en cuando)

La distancia de nuestra casa a la escuela: (marque uno)

- 0-2 millas (Incluso dentro de la ciudad)   
 2 - 5 millas   
 5 - 8 millas   
 8 - 12 millas  
 Más de 12 milla