

NO ENTREGAR AL NIÑO(A) A:

Información Actualizada para Emergencia

SCHOOL USE ONLY		
Student ID		
Teacher		
Grade	Room #	
Bus Rider:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Walker: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

DEVUELVA DE INMEDIATO

Apellido legal del alumno(a):			Primer nombre:	Segundo nombre:		
Fecha de Nacimiento:	/ /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer El alumno(a) vive con <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor			
Domicilio:		Ciudad:	Código Postal:			

<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor	Nombre:	Núm. de Tel de Casa:
Empleador:	Núm. de Tel. del Trabajo	Celular:
Correo Electrónico:		

<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutora	Nombre:	Núm. de Tel de Casa:
Empleador:	Núm. de Tel. del Trabajo	Celular:
Correo Electrónico:		

Hermanos/Hermanas que viven en casa:					
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:

Contactos en caso de emergencia: Aparte de los padres (Deben de ser mayores de 18 años)					
Nombre:	Parentesco:	Tel:	Nombre:	Parentesco:	Tel:
Nombre:	Parentesco:	Tel:	Nombre:	Parentesco:	Tel:
Nombre:	Parentesco:	Tel:	Nombre:	Parentesco:	Tel:
Niñera o guardería:			Tel:		

INFORMACIÓN MEDICA

<input type="checkbox"/> Seguro medico / <input type="checkbox"/> AHCCCS:	Hospital que Prefiere:
Médico:	Tel:
Condiciones médicas o enfermedades:	
Alergias: <input type="checkbox"/> Temporales <input type="checkbox"/> Comida _____ <input type="checkbox"/> Medicinas _____ <input type="checkbox"/> Otras _____	
Medicinas que está tomando actualmente:	

Mi hijo(a) puede recibir los siguientes tratamientos en la escuela a discreción de la enfermera: (Circule Sí / No)

Atomizador Chloraseptic (dolor de garganta)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caramelos para la tos (tos)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Loción Calamine/Caladryl (picaduras de insectos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enjuague salino para los ojos (irritación de los ojos)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Pomada de Antibióticos (cortadas/abrasión)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aceite de clavo de olor (dolor de dientes)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Oxígeno (emergencias solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Campho-phenique (para ampollas)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Acetaminofeno (genérico de Tylenol)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ibuprofeno (genérico de Advil) <i>Solo para mayores de 12 años</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

FAVOR DE NOTIFICAR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA INMEDIATAMENTE SI LA INFORMACIÓN EN ESTA FORMA CAMBIA DURANTE EL AÑO ESCOLAR.

Historial Médico

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que llena esta forma: _____ Fecha: _____

Parentesco con el alumno(a): _____

HISTORIAL MÉDICA DEL ALUMNO: **Sírvase indicar las fechas:**

ADD/ADHD <input type="checkbox"/>	En que Fecha:	Asma <input type="checkbox"/>	En que Fecha:
Alergias: Temporales: <input type="checkbox"/> Medicamentos: <input type="checkbox"/> Comida: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>	En que Fecha:		Alergia Específica
Varicela <input type="checkbox"/>	En que Fecha:	Diabetes <input type="checkbox"/>	En que Fecha:
Problemas del Corazón: <input type="checkbox"/> Especifique:	En que Fecha:	Hemofilia <input type="checkbox"/>	En que Fecha:
Convulsiones: <input type="checkbox"/> Se debe de llenar el plan de cuidado para convulsiones	Tipo:		En que Fecha:
Otro: Especifique			En que Fecha:

HISTORIAL QUIRÚRGICO DEL ESTUDIANTE: (Indique las fechas)

Apendicectomía <input type="checkbox"/> Fecha:	Hernia <input type="checkbox"/> Fecha:	Oído <input type="checkbox"/> Fecha:	Amigdalectomía <input type="checkbox"/> Fecha:	Ojo <input type="checkbox"/> Fecha:	Otra:
Exámenes Especiales:	Célula Falciforme <input type="checkbox"/> Fecha:	Resultado:	Tuberculosis: Fecha:	Resultado:	
¿Enfermedades o lesiones graves? Describa:					
¿Al presente, está su hijo(a) tomando alguna medicina?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Medicamento	Razón				
Medicamento	Razón				
¿Ha su hijo(a) tomado alguna medicina durante un período largo de tiempo?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nómbrelos:		Medicamentos: _____ Razón: _____	
Se ha diagnosticado a su hijo(a) con algún problema de audición o de la vista?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Explique: _____	
Tiene su hijo(a) alguna discapacidad u otras condiciones significativas de las que debemos estar enterados?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Explique: _____	

Historial de Desarrollo

Si su respuesta es "Sí" provea una explicación.

Edad de la madre al dar a luz	Duración del embarazo	Peso al nacer	
¿Dio a luz un solo bebe? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de bebes	Prematuro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas durante el embarazo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Explique:			
Uso medicamentos/drogas			
Uso alcohol o tabaco Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Explique:			

Avances importantes de desarrollo

	TEMPRANO	TÍPICO	TARDIO	SI TARDÍO, ¿A QUÉ EDAD?
Se sentó solo(a)	<input type="checkbox"/> Antes de 5 meses	<input type="checkbox"/> 5-8 meses	<input type="checkbox"/> Después de 8 meses	_____
Gateó	<input type="checkbox"/> Antes de 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-10 meses	<input type="checkbox"/> Después de 10 meses	_____
Caminó	<input type="checkbox"/> Antes de 10 meses	<input type="checkbox"/> 10-15 meses	<input type="checkbox"/> Después de 15 meses	_____
Dijo sus primeras palabras	<input type="checkbox"/> Antes de 10 meses	<input type="checkbox"/> 10-16 meses	<input type="checkbox"/> Después de 16 meses	_____
Dijo frases de 2 ó 3 palabras	<input type="checkbox"/> Antes de 15 meses	<input type="checkbox"/> 15-24 meses	<input type="checkbox"/> Después de 24 meses	_____
Aprendió a ir solo al baño	<input type="checkbox"/> Antes de 2 años	<input type="checkbox"/> 2-3 años	<input type="checkbox"/> Después de 3 años	_____



Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. **¿Qué idioma hablan las personas en el hogar la mayoría del tiempo?**

2. **¿Qué idioma habla el estudiante la mayoría del tiempo?**

3. **¿Qué idioma habló o entendió el estudiante primero?**

Nombre del estudiante _____	Distrito _____
Fecha de nacimiento _____	Núm. de identificación _____
Firma del padre o tutor _____	SSID _____
Distrito o Charter _____	Fecha _____
Escuela _____	

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site. In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 01-2020)

Office of English Language Acquisition Services
1535 West Jefferson Street • Phoenix, Arizona 85007 • (602) 542-0753 • www.azed.gov/oelas

REGISTRO DE PROGRAMAS ESPECIALES

American Indian or Native Alaskan
 Asian or Pacific Islander
 Hispanic
 Black, Not Hispanic Origin
 White, Not Hispanic Origin

Nombre del Alumno(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Maestro(a): _____ Escuela: _____ Grado: _____

A. PROGRAMAS ESPECIALES DE INGLÉS

¿Ha participado este alumno(a) en un programa especial de inglés? (Bilingüe, Inmersión, etc.) Sí _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Dónde? _____

B. PROGRAMA DE LECTURA

¿Ha participado este alumno(a) en un programa de recuperación de lectura? Sí _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Dónde? _____

C. EDUCACIÓN ESPECIAL

¿Ha participado este alumno(a) en un programa de educación especial?

Llene las columnas aplicables:

	SÍ	¿CUÁNTO TIEMPO?		¿DÓNDE?
Discapacidad específica de aprendizaje				
Deficiencias de dicción y lenguaje				
Deficiencias auditivas				
Deficiencias visuales				
Discapacidad Intelectual leve				
Discapacidad Intelectual moderada				
Discapacidad Intelectual aguda				
Discapacidad emocional				
Retrasos del desarrollo preescolar				
Otro(a):				

D. 504

¿Este alumno(a) tiene actualmente un plan 504?

--	--	--

X _____
Firma del padre o tutor

Fecha

DISPOSITION OF PROGRAM INFORMATION – To be filled in by appropriate program teacher.

1. Testing Procedure _____
2. Placement _____

After you have tested this child and have filled in the Disposition section, distribute this form as follows:

- WHITE: Student's Permanent Record
- YELLOW: Chapter Programs or Special Services Consultants
- PINK: Classroom Teacher



CARTWRIGHT SCHOOL DISTRICT NO. 83

5220 W. Indian School Rd. Phoenix, AZ 85031 (623) 691-4000 www.csd83.org

Learning for all. Every child, every school, every day.

One Team, Una Familia!

Cartwright School District Photo/Audio/Video Release

Cartwright School District Staff often takes photographs and videos of students and class activities. These photos are used in district publications such as newsletters, brochures and on the District website. Additionally, local news media sometimes covers Cartwright District events and programs where your child may be present. By signing this form, you authorize photos of your child to be used in Cartwright related publications and to appear in the newspaper and on television broadcasts.

Cartwright School District #83 has my permission to photograph, videotape and/or interview my child for use in district publications and outside news media sources.

Distrito Escolar Cartwright, Autorización para Fotos/Audio/Video

El personal del Distrito Escolar Cartwright a menudo toma fotografías y videos de los estudiantes y actividades de clase. Estas fotos se utilizan en las publicaciones del distrito, tales como boletines de noticias, folletos y en la página web del Distrito. Además, los medios de comunicación locales a veces cubren eventos y programas en los que su hijo puede estar presente. Al firmar este formulario, usted autoriza que fotos de su hijo(a) puedan ser utilizadas en publicaciones relacionadas al Distrito Escolar Cartwright y que aparezcan en los periódicos y en las emisiones de televisión. El Distrito Escolar

Cartwright#83 tiene mi autorización para fotografiar, filmar y / o entrevistar a mi hijo(a) para su uso en publicaciones del distrito y fuentes de medios de comunicación externos.

Parent Signature/Firma del padre Date/Fecha

Student Signature/Firma del Estudiante Date/Fecha



CARTWRIGHT SCHOOL DISTRICT NO. 83

5220 W. Indian School Rd. Phoenix, AZ 85031 (623) 691-4000 www.csd83.org

Learning for all. Every child, every school, every day.

One Team, Una Familia!

ADMISSION OF RESIDENT STUDENTS

ARIZONA RESIDENCY DOCUMENTATION FORM

Student _____ School _____

School District or Charter Holder _____

Parent/Legal Guardian _____

As the Parent/Legal Guardian of the Student, I attest that I am a resident of the State of Arizona and submit in support of this attestation a copy of the following document that displays my name and residential address or physical description of the property where the student resides:

- _____ Valid Arizona driver's license, Arizona identification card or motor vehicle registration
- _____ Valid Arizona Address Confidentiality Program (ACP) authorization card
- _____ Real estate deed or mortgage documents
- _____ Property tax bill
- _____ Residential lease or rental agreement
- _____ Water, electric, gas, cable, or phone bill
- _____ Bank or credit card statement
- _____ W-2 wage statement
- _____ Payroll stub
- _____ Certificate of tribal enrollment (506 Form) or other identification issued by a recognized Indian tribe in Arizona
- _____ Documentation from a state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran's Administration, Arizona Department of Economic Security)
- _____ Temporary on-base billeting facility (for military families)
- _____ I am currently unable to provide any of the foregoing documents. Therefore, I have provided an original affidavit signed and notarized by an Arizona resident who attests that I have established residence in Arizona with the person signing the affidavit. (JFAA-EB)

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

JR-EB

EXHIBIT

STUDENT RECORDS

REQUEST TO PREVENT DISCLOSURE OF DIRECTORY INFORMATION

Under the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA), the following information is considered "directory information" and may be released to anyone, including the media, colleges and universities, and the military without your prior written consent.

Directory information, which is information that is generally not considered harmful or an invasion of privacy if released, can also be disclosed to outside organizations without a parent's prior written consent.

Directory information includes:

- The student's name
- The student's address
- The student's telephone
- The student's photograph
- The student's date and place of birth
- The student's electronic mail address
- The student's enrollment status
- The student's dates of attendance
- The student's grade level
- The student's most recent educational agency or institution attended
- Student ID number, user ID, or other unique personal identifier used to communicate in electronic systems but only if the identifier cannot be used to gain access to education records except when used in conjunction with one or more factors that authenticate the user's identity, such as a PIN, password, or other factor known or possessed only by the authorized user.
- A student ID number or other unique personal identifier that is displayed on a student ID badge, but only if the identifier cannot be used to gain access to education records except when used in conjunction with one or more factors that authenticate the user's identity, such as a PIN, password, or other factor know or possessed only by the authorized user.

If you do not want any or all of the designated "directory information" about your son/daughter to be released to any person or organization without your prior signed and dated written consent, you must notify the District in writing.

The request to prevent disclosure of directory information will be honored for the current school year unless specifically revoked in writing. Continuing students must complete a new non-disclosure form each school year. Submission of this form will not affect directory information already published or released. If the school district does not receive this form from you, it will be assumed that your permission is given to release your son's/daughter's designated directory information.

By signing this form, I am informing the Cartwright School District #83 that I do not consent to the release of the above directory information about the student named below, to any person or organization without my prior written consent or as authorized by law.

Please Print:

Student's Name: _____ Student ID#: _____

Parent/Guardian's Name: _____

Home address: _____

Home Phone: _____ Cellular Phone: _____

Parent/Guardian Signature

Date



Cartwright School District #83
Cuestionario de elegibilidad para McKinney Vento

Este cuestionario está destinado a abordar la Ley McKinney Vento. Las respuestas a las siguientes preguntas ayudarán a determinar los servicios que su estudiante puede ser elegible para recibir.

1. La dirección del domicilio del estudiante es un arreglo de vivienda temporal? Si: _____ No: _____
2. Si es temporal, ¿este arreglo de vivienda se debe a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? _____

Si respondió SÍ a las preguntas 1 y 2, completa la parte inferior del formulario. Si respondió NO a cualquiera de las preguntas, puede detenerse aquí. Gracias!

Dónde está viviendo el estudiante actualmente? (marque cualquiera que aplique)

- _____ En un motel
- _____ En un refugio
- _____ Temporalmente con más de una familia en una casa, casa móvil o apartamento
- _____ En un lugar no diseñado para el alojamiento ordinario para dormir, como un automóvil, un parque, un cámpamento etc.
- _____ En un lugar sin electricidad, calefacción o agua corriente. (Edificio abandonado)

Nombre de estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre de estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre de estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre de estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del padre o tutor legal: _____

Dirección temporal / actual: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Email: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

*For Office Staff Only: Please send all completed forms to the McKinney Vento Liaison at the Cartwright School District office. Per McKinney guidelines, a copy should **not** be placed in the student's cumulative file. **Please do not make copies of this form.** For any questions please call the McKinney Vento Liaison at 623.691.5987.*

Enrolling School: _____ Staff Name: _____