

**ESCUELA SECUNDARIA/PREPARATORIA MAYFAIR**  
**LISTA DE REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN**  
**AÑO ESCOLAR 2014-2015**

Estimados padres de familia:

Bienvenidos a un nuevo año escolar.

Estamos animados que usted esta inscribiendo a su hijo en la escuela secundaria/preparatoria Mayfair. Abajo hay una lista que identifica los nuevos formularios de inscripcion que usted puede copiar y completar antes de incribirse (con excepcion la las cartas de emergencia estudiantiles), y los historiales especificos y los documentos que verifican residencia que son requeridos para poder completar el proceso de inscripcion. Tienen que entregar todo el papeleo a la secretaria de admision.

- 1 Llene **los dos lados** de **ambas** tarjetas de emergencia blanca y azul.
- 2 Llene ambos lados de la hoja de historial personal del estudiante.
- 3 Llene la hoja de Servicios de Educación
- 4 Llene la hoja para solicitar el archivo historial escolar del estudiante.
- 5 Llene la encuesta sobre el idioma que se habla en casa.
- 6 Llene el formulario de origen étnico.
- 7 Llene el formulario informativo de padres de familia
- 8 Llene el inventario de salud para la escuela secundaria/preparatoria.

**DEBE INCLUIR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS ORIGINALES CON EL PAQUETE DE INSCRIPCIÓN:**

- 9 Entregue el boletín de evaluación escolar y las hojas de verificación que el estudiante se ha retirado de la escuela anterior. Esto es necesario para asegurar que se le asigne apropiadamente a su hijo/a. Todo alumno en séptimo grado debe traer su informe de calificaciones de sexto grado. Todos los estudiantes de los grados 11 y 12, deben presentar los resultados del examen CAHSEE
- 10 **Licencia de manejo o identificación de California válida-con domicilio actual**  
**Si esta no tiene el domicilio actual, debe entregar una copia oficial del Departamento de Motores y Vehículos que muestre el domicilio actual. NO ACEPTAMOS LAS TARJETAS CAFES**
- 11 **Comprobante de Residencia - DOS de los siguientes comprobantes de residencia son requeridos para poder inscribir a su hijo/a en las escuelas del distrito:**
  - Facturas de servicios públicos actuales - Gas, Agua, o Electricidad-NO ACEPTAMOS AVISOS DE DESCONEXIÓN SIN RECIBO DE PAGO. NO SE ACEPTA FACTURA DE TELÉFONO, CELULAR, O CABLE**
  - Documentos de plica**
  - Recibo de hipoteca con el domicilio actual en lugar de una factura de servicio público**
  - Contrato de arrendamiento es aceptado solamente si los servicios públicos son incluidos en el alquiler**
  - Cuenta actual del impuesto sobre la propiedad en lugar de una factura de servicio público**
- 12 Tarjeta de vacunas de su hijo/a  
**comprobante de la vacuna de refuerzo contra la tos ferina para adolescentes (Tdap) antes de comenzar la escuela es obligatorio. NO podrá inscribir a su hijo/a sin esta vacuna.**
- 13 Acta de nacimiento de su hijo/a

Favor de entregar su paquete de inscripción a la oficina de inscripción. La Registradora le dará una cita con la consejera de su hijo/a. Todo estudiante en el séptimo u octavo grado se le hará una cita para orientación.

# Escuela secundaria/preparatoria Mayfair

## Historial de inscripción de un nuevo estudiante

Favor de usar letras de molde

### Información Estudiantil

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Masculina/Femenina: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ultima escuela que asistió: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

### Informacion de Padre/Tutor

Madre: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_

El estudiante vive con: Ambos padres: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_ Tutor: \_\_\_\_\_

Otro, favor de explicar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Información Estudiantil Adicional

¿Ha asistido una escuela en el distrito escolar unificado de Bellflower alguna vez? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si contesto Si: Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Tiene hermano/as que van a la escuela en el distrito escolar unificado de Bellflower? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si contesto Si: Haga una lista de los nombres de los hermano/as y las escuelas que asisten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha estado ubicado en el programa para educación del dotado y talentoso (GATE)? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿Ha estado ubicado en un programa de educación bilingüe? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿Ha sido expulsado de otro distrito? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si contesto Si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Esta o ha estado en libertad condicional? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si contesto Si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DISTRITO ESOLAR UNIFICADO DE BELLFLOWER**  
**Escuela Secundaria y Preparatoria Mayfair**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Su hijo esta matriculado en un programa de educación especial? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Si contesto si, favor marcar abajo el programa en que está matriculado

- \_\_\_\_\_ Educación Física Adaptada
- \_\_\_\_\_ Programa para estudiantes con discapacidad de la visión
- \_\_\_\_\_ Programa de discapacidad del habla y el lenguaje (Speech)
- \_\_\_\_\_ Programa de recursos especiales (RSP)
- \_\_\_\_\_ Clase de educación especial (SDC)
- \_\_\_\_\_ My hijo/a tiene un Plan 504 en la actualidad.

¿Usted tiene una copia del plan educativo individualizado (por las siglas IEP)? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

El distrito más reciente en el cual su hijo estaba matriculado en un programa de educación especial:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre de Familia o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

BELLFLOWER UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
MAYFAIR HIGH SCHOOL  
MAYFAIR MIDDLE SCHOOL  
6000 N. Woodruff Ave · Lakewood, Ca 90713  
Phone (562) 925-9981 · Fax (562) 461-2239

**PLEASE FAX ASAP:**  
\_\_\_ Official Transcript  
\_\_\_ Withdrawal Grades  
\_\_\_ Immunization

## NOTICE OF ENROLLMENT & REQUEST FOR STUDENT RECORDS

Please **mail** the following student records:

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Cumulative Record<br><input checked="" type="checkbox"/> Official Transcript/Report Cards<br><input checked="" type="checkbox"/> Health Record<br><input checked="" type="checkbox"/> Immunization Record<br><input checked="" type="checkbox"/> Guidance Record<br><input checked="" type="checkbox"/> Psychological Record<br><input checked="" type="checkbox"/> Explanation of your grading system | <input checked="" type="checkbox"/> Test Results-California High School Exit Exam<br>(10 <sup>th</sup> , 11 <sup>th</sup> , 12 <sup>th</sup> Gr. Students)<br><input checked="" type="checkbox"/> Test Results-California Physical Fitness Test<br><input checked="" type="checkbox"/> Test Results-State Proficiency Exams<br><input checked="" type="checkbox"/> Individual Educational Plan (IEP)<br><input checked="" type="checkbox"/> Enrollment History<br><input checked="" type="checkbox"/> Student CSIS/State ID number _____ |
|--|--|

In compliance with the state and federal laws, please send ALL school records, including but not limited to, **Cumulative, Health, Guidance and Psychological** records of the above-named student. The parents or guardian have been informed of this request and notified of their rights under current law. If the above-named pupil left your school with a debt remaining for lost or damaged books or items and you have withheld grades, diplomas, transcripts from the parent/student, we will reciprocally withhold these records on your request, pursuant to EC 48904 et set., until this debt is settled.

Please send the above mentioned records to:

Bellflower Unified School District  
**Mayfair Middle/High School.**  
**6000 N. Woodruff Avenue**  
Lakewood, California 90713

Yo \_\_\_\_\_ solicito que los archivos de historial escolar sean enviados al  
*Nombre del Padre/Tutor Legal* Distrito Unificado Escolar de Bellflower, a la escuela Mayfair  
Preparatoria/Secundaria, de mi hijo/a:

<i>Apellido del Estudiante</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial de Segundo Nombre</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>Nivel Actual</i>
--------------------------------	---------------	----------------------------------	----------------------------	---------------------

<i>Fecha</i>	<i>Firma del Padre/Tutor Legal</i>
--------------	------------------------------------

Escuela en la cuál asistió antes:       Pública       Privada       Charter

<i>Nombre del Distrito Escolar</i>	<i>Domicilio de la Escuela</i>	<i>Número de Teléfono</i>
------------------------------------	--------------------------------	---------------------------

<i>Nombre de la Escuela</i>	<i>Ciudad/ Estado/ Código Postal</i>	<i>Número de Fax</i>
-----------------------------	--------------------------------------	----------------------

Si el estudiante asistió en la escuela anterior, menos de un semestre/año, favor de anotar la información de la escuela que asistió para los niveles de 7-12.  Pública       Privada       Charter

<i>Nombre del Distrito Escolar</i>	<i>Domicilio de la Escuela</i>	<i>Número de Teléfono</i>
------------------------------------	--------------------------------	---------------------------

<i>Nombre de la Escuela</i>	<i>Ciudad/ Estado/ Código Postal</i>	<i>Número de Fax</i>
-----------------------------	--------------------------------------	----------------------

**BELLFLOWER UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
ENGLISH**

Date \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_  
Counselor \_\_\_\_\_

**HOME LANGUAGE SURVEY**

The California Education Code requires schools to determine the language(s) spoken at home by each student. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students.

Your cooperation in helping us meet this important requirement is requested. Please answer the following questions and return this form to the school. Thank you for your help.

Name of Student: \_\_\_\_\_  
Last First Middle Grade Age

1. Which language did your son/daughter learn when he/she first began to talk? \_\_\_\_\_
2. What language does your son/daughter most frequently use at home? \_\_\_\_\_
3. What language do you use most frequently to speak to your son/daughter? \_\_\_\_\_
4. Name the language most often spoken **by the adults** at home: \_\_\_\_\_

*State of California  
Department of Education  
OPER - LS 77 - 6/78*

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian

Birthplace of your child: \_\_\_\_\_  
City State County  
When did your child first enroll in the United States? \_\_\_\_\_ In California? \_\_\_\_\_  
*(This information is needed for statistical purposes only)*

**ESPAÑOL**

Fecha \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Consejero/a \_\_\_\_\_

**ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA**

El Código de Educación de California requiere que las escuelas especifiquen el/los idioma/s que se habla/n en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer la mejor instrucción posible a todos los estudiantes.

Solicitamos su colaboración para ayudarnos a cumplir con este importante requerimiento. Por favor responda las siguientes preguntas y entregue este formulario en la escuela. Gracias por su ayuda.

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Grado Edad

1. ¿Cuál es el idioma en el que su hijo/a aprendió a hablar? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es el idioma que su hijo/a habla más frecuentemente en casa? \_\_\_\_\_
3. ¿En qué idioma les habla usted a sus hijos con más frecuencia? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es el idioma que **los adultos** hablan con mayor frecuencia en casa? \_\_\_\_\_

*Estado de California  
Departamento de Educación  
OPER - LS 77 - 6/78*

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor Legal

Lugar de nacimiento de su hijo/a: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Condado  
¿En qué fecha matriculó a su hijo/a por primera vez en una escuela de los Estados Unidos? \_\_\_\_\_  
¿En California? \_\_\_\_\_  
*(Esta información se necesita solamente para propósitos de estadísticas)*

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE BELLFLOWER  
FORMULARIO DE ORIGEN ÉTNICO**

Cada año se nos requiere reportar al gobierno estatal y federal la cantidad de estudiantes y empleados en términos de su raza u origen étnico.

Nombre del Estudiante:	Nivel Escolar _____ <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Varón
------------------------	---

**ORIGEN ÉTNICO** – De la siguiente lista, por favor marque un origen étnico que su familia siente es el más dominante.



- HISPANO O LATINO
- NO ES HISPANO O LATINO

**RAZA** –por favor marque una o más de una del grupo de cinco



- INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA** – Una persona que tiene orígenes de cualquiera de la gente original de Norte y Sudamérica (incluyendo Centro América).
- ASIÁTICO/ASIÁTICO AMERICANO** – Una persona que tiene orígenes de la gente del Este Lejano, Asia Sureste, o del subcontinente Indio. Por favor especifique:
  - chino                       japonés                       coreano
  - laosiano                     vietnamita                   indio asiático
  - camboyano                 filipino                       otro asiático
- AFRICANO/AFRICANO AMERICANO** Una persona que tiene orígenes de cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- HAWAIANO NATIVO U OTRO ISLEÑO PACÍFICO** – Una persona que tiene orígenes de la gente original de Hawái, Guam, Samoa, u otra isla pacífica (Excluye las Islas Filipinas) Por favor especifique:
  - hawaiano                   guaymeño                     samoano
  - tahitiano                     otro isleño pacífico
- BLANCO** –Una persona que tiene orígenes de cualquiera de la gente original de Europa, África Norte, o Medio Oriente; ejemplos: Inglaterra, Portugal, Egipto, e Irán.

Distrito Escolar Unificado de Bellflower  
Escuela Secundaria / Preparatoria Mayfair  
Exámenes de rendimiento y progreso de los estudiantes de California (Conocido en inglés  
por las siglas CAASPP)  
FORMULARIO INFORMATIVO DE PADRES DE FAMILIA  
(Favor de escribir en letra de molde)

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_

Por favor seleccione la respuesta que mejor describe el nivel de educación más alto de cualquiera de los padres de familia o tutores legal.

\_\_\_\_\_ No terminé la preparatoria

\_\_\_\_\_ Terminé y me gradué de la escuela preparatoria

\_\_\_\_\_ Educación vocacional o técnica profesional (Educación recibida después de la escuela preparatoria por ejemplo: escuela de cosmetología, escuela de bienes raíces, y cualquier otro tipo de educación vocacional o entrenamiento especializado, en lugar de un título, el cual es el objetivo principal del estudiante.)

\_\_\_\_\_ Alguna educación en la universidad (cualquier tipo de educación seguido después de la escuela preparatoria, trabajando hacia una licenciatura conocido en inglés como Associate of Arts Degree [A.A.] o Bachelor's Degree [B.A./B.S.] Esto incluye también el haber terminado un programa de la universidad generalmente que se concluye en dos años.

\_\_\_\_\_ Titulado (El haber terminado completamente una licenciatura por medio del colegio o universidad conocido en inglés como Bachelor's degree [B.A./B.S.] Esto toma por lo regular cuatro años de escuela... y en algunos casos tres años debido a los programas trimestrales)

\_\_\_\_\_ Educación posgrado (Esto es el haber terminado una Maestría o Doctorado o está en proceso de terminarlo)

\_\_\_\_\_ Opto por no declarar mi nivel de educación o se me es desconocido

ESTA INFORMACION ES SOLAMENTE PARA USARSE PARA CAASPP

Para la información de los padres...

El Estado de California requiere que cada escuela acumule esta información. Multas de tipo financiero son dadas a las escuelas y distritos que no completen esta información por cada estudiante que tome el examen. Por favor responda con precisión a este formulario. Este año le hemos dado información más detallada para asistirle mejor. Usted puede, desde luego, seleccionar la opción en la cual no declara su nivel de educación.

Por favor de marcar si NO a cambiado la Información Medica \_\_\_\_\_

Forma debe ser llenada por un padre

BELLFLOWER UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
SECONDARY HEALTH INVENTORY

\_\_\_\_\_ Adult Transition Center  
\_\_\_\_\_ Bellflower High School  
\_\_\_\_\_ Mayfair High School  
\_\_\_\_\_ Somerset High School

Nombre \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Nombre de Padre/Tutor \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre 2o Nombre Fecha de nacimiento Sexo (Use letra de molde)

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ultima Escuela de Asistencia \_\_\_\_\_ Ubicación \_\_\_\_\_  
¿Cliente de Harbor Regional? Sí No Nombre del Trabajador \_\_\_\_\_  
Fuente usual de cuidado médico \_\_\_\_\_ ¿Recipiente de Medi-Cal? Sí No ¿CC: Sí No Nombre del Terapeuta \_\_\_\_\_

OTRA INFORMACION DE SALUD <i>Por favor conteste cada pregunta:</i>	HISTORIA MEDICA DEL ESTUDIANTE, QUEJAS, ENFERMEDADES: <i>Marque:</i>			
<b>Alergias:</b> Tiene alguna reacción alérgica a:	No	Sí	No	Sí
Comida _____ Látex _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos _____ Picada de abeja _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explique: Hinchazon: _____ Reacción Severa Sistémico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene o requiere una inyección de Epinefrina? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Especifique todos los medicamentos/dosis:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos que deben ser tomados en le escuela (Se requiere una autorización médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Condición del Corazón</b> (Tipe; explique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Convulsiones (tipo de convulsión):</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de última convulsión: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hospitalización/hérída seria/Cirugías(Fecha y explique):</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Asma- Provocada por:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Severidad: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilidad</b> (especifique cualquier aparato necesario tal como silla de ruedas, bastón, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Servicios Especiales de Salud</b> (Especifique lo que se necesita y que el doctor llene la forma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿Alguna restricción física?</b> Para ser exento de Educación Física, se requiere una declaración de parte del doctor indicando la restricción)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vista:</b> ¿Usa anteojos? Sí No Fecha de último examen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿Pérdida auditiva?</b> Sí No ¿Usa prótesis auditiva? Sí No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Diabetes
- Convulsiones\*
- Condición de Corazon
- Asma\*
- Alergias\*
- Anemia Falciforme
- Cáncer
- Migrañas
- Problema del Habla /Lenguaje
- Síndrome de Down
- Espina Bífida
- Parálisis Cerebral
- Distrofia Muscular
- Otra condicion Neuromuscular
- ADD/ADHD
- Autismo
- Desorden de Desafio
- Desorden Bipolar
- Síndrome de Tourette
- Otro desorden Psicológico
- Lupus
- Otra enfermedad autoinmunológica
- Fibrosis Cística
- Otra enfermedad genética
- Enfermedad de Von Willebrand
- Otro desorden de Sangre
- Enfermedad de Addison
- Síncope/Desmayo
- Artritis
- Alta Presión
- Problema de Orina
- Problema Intestinal Crónico
- Enfermedad crónica de los riñones
- Tuberculosis
- Problemas de la piel
- Problema Ortopédico
- Problema de los Ojos
- Infección frecuente de los oidos
- Calambres Severos de menses
- Otro

\*vea otra columna  
Si marcó sí a alguna casilla, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dieta especial:** Sí No (Si se necesita, el doctor debe llenar la forma apropiada)

Yo entiendo y estoy de acuerdo que la información de arriba se puede compartir con el personal apropiado.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_