

Distrito Escolar Regional de Athol/Royalston- Formulario de Inscripción de Kindergarten

Nombre de Estudiante _____

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Masc. Fem. Fecha de Nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____

Lugar de Nacimiento _____ País de Origen _____

Dirección Postal _____

Calle

Ciudad

Código Postal

Teléfono _____ Celular _____ Correo Electrónico _____

¿Cualquier legalidad de custodia (órdenes de restricción, acuerdos de custodia, etc.) No Si
que debemos saber?

Favor de traer copias de documentos legales a la escuela. ¿Alguna Participación de DCF? _____

Trabajador Social de DCF _____ Teléfono _____

¿Con quién vive el estudiante? (Marque el que corresponda) :

Ambos Padres, Madre, Padre, Madrastra, Padrastro, Guardián Legal, Abuelos, Padres de Crianza, Otro

Nombre de Pariente/Guardian #1 _____

Dirección Postal _____ Tel. _____

Empleador _____ Tel. _____

Celular _____

Nombre de Pariente/Guardian #2 _____

Dirección Postal _____ Tel. _____

Empleador _____ Tel. _____

Celular _____

¿Recibirá medicamentos durante el Día Escolar? Si No

Si corresponde, favor de contactarse con la enfermera escolar para completar el formulario propio

¿Usa Espejuelos? Si No

Enliste Problemas de Salud y/o Alergias _____

¿Tiene su hijo(a) una condición de salud o alergias que se constituyen como una emergencia, y necesitará ayuda médica inmediata? Sí No

Nombre de Medico _____

Nombre de Dentista _____

Marque los servicios que su hijo(a) recibe:

IEP 504 Habla DCF Traducción a Inglés

¿Ha asistido al Preescolar? Si No

¿Por cuánto tiempo? 6 meses 1 año 2 años Más de 2 años

Nombre de Escuela Preescolar _____

Liste los Nombres de Hermanos/Hermanas (si corresponde) _____

¿Algo más que debemos saber?

Firma de Pariente/ Guardián _____ Fecha _____

¡Bienvenido a Nuestro Distrito Escolar!

Distrito Escolar Regional de Athol/ Royalston

Nombre de Estudiante _____ Grado _____

Favor de Contestar ambas Preguntas:

1. ¿Es Hispano o Latino el Estudiante (Una persona de ascendencia Cubana, Dominicana, Mexicana, Puertorriqueña, Sudamericana, Centroamericana, o Española... a pesar de raza)?

Si No

2. ¿Cual es la Raza del Estudiante?

Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska (Una persona que tiene origen en cualquier de los pueblos originarios de Norte, Centro o SudAmérica, y que mantiene una afiliación de tribu o lazo comunitario)

Asiático (Una persona que tiene origen en cualquier pueblos del Lejano Oriente, el Sudeste de Asia o el Subcontinente Indio, incluso: Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Filipinas, Tailandia o Vietnam)

Negro o Africano Americano (Una persona que tiene origen en cualquiera de los negros grupos raciales de África)

Nativo de Hawai u otra Isla Pacífica (Una persona que tiene origen en cualquiera de los grupos originales de Hawai, Guam, Samoa, u otra Isla Pacífica)

Blanco (Una persona que tiene origen en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Medio Este o el Norte de África)

Firma de Pariente _____ Fecha _____

Las Leyes Federales y Estatales requieren que todas las escuelas determinen la(s) lengua(s) hablada(s) en la casa de todos los estudiantes para identificar sus necesidades lingüísticas específicas. Esta información es esencial para que las escuelas provean instrucción significativa para todos los estudiantes. Si una lengua aparte del Inglés se habla en casa, a ARRSD se le requiere hacer más evaluaciones de su niño/a. Favor de ayudarnos a cumplir con este importante requisito contestando las siguientes preguntas.

Información Estudiantil

Nombre de Estudiante _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____ Sexo Fem. Masc.

País de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de 1era Matriculación en Alguna Escuela de EEUU _____

Información Escolar

Fecha de Comenzar en la Nueva Escuela _____ Nombre de Escuela Anterior y Pueblo _____ Grado _____

Información de Padre/Madre/Guardián

<p>¿Cuál es la lengua nativa de cada padre/madre/guardián? (ponga un círculo)</p> <p>(madre / padre / guardián)</p> <p>(madre / padre / guardián)</p>	<p>¿Qué lengua(s) habla con su niño(a)? (ponga un círculo alrededor de uno)</p> <p>(incluya a parientes -abuelos, tíos, etc. - y a cuidadores)</p> <p>__ raras veces / a veces / a menudo / siempre</p> <p>__ raras veces / a veces / a menudo / siempre</p>
<p>¿Qué lengua comprendió y habló primero su niño(a)?</p>	<p>¿Qué lengua usa usted más con su niño(a)?</p>
<p>¿Qué otras lenguas sabe su niño(a) (ponga un círculo alrededor de todos los que se aplican)</p> <p>_____ hablar / leer / escribir</p>	<p>¿Qué lengua(s) usa su niño(a)? (ponga un círculo alrededor de uno)</p> <p>_____ raras veces / a veces / a menudo</p>
<p>¿Requiere usted información en forma escrita de su escuela en su lengua nativa?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Requiere usted intérprete/traductor en reuniones Padres-Profesores? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Firma de Padre/Madre/Guardián:	/ /20
X	Fecha de Hoy: (mm/dd/aaaa)

Firma de Padre/Guardian

Fecha

Encuesta de Experiencia en Educación Infantil

Favor de marcar la opción que mejor describa la experiencia pre escolar de su hijo(a) a un año antes de entrar al Kindergarten. Solo marque una opción, e indique horario donde sea necesario. ¡Gracias!

Nombre del Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Mi hijo(a) no tuvo una experiencia con el programa de Educación Infantil

Mi hijo(a) no tuvo una experiencia con el programa de Educación Infantil, pero participo en el programa de Servicios Coordinados de Participación Familiar y de la Comunidad (CFCE)

Mi hijo(a) no tuvo una experiencia con el programa de Educación Infantil, pero participo en el programa de Servicios de Hogar para Padres e Hijos (PCHP)

Mi hijo(a) no tuvo una experiencia con el programa de Educación Infantil, pero participo en ambos programas de Servicios Coordinados de Participación Familiar y de la Comunidad (CFCE), y el programa de Servicios de Hogar para Padres e Hijos (PCHP)

Mi hijo(a) asistió a un Proveedor de Cuidado Infantil Familiar con Licencia (Indique las horas abajo):

Menos de 20 horas semanales Mas de 20 horas semanales

Mi hijo(a) asistió a un Programa Basado en el Centro (Indique las horas abajo):

Menos de 20 horas semanales Mas de 20 horas semanales

Mi hijo(a) asistió a ambos, un Proveedor de Cuidado Infantil Familiar con Licencia y un Programa Basado en el Centro (Indique las horas abajo):

Menos de 20 horas semanales Mas de 20 horas semanales

Encuesta del Idioma Hablado en el Hogar

Los reglamentos del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts exigen que *todas* las escuelas determinen los idiomas que se hablan en los hogares de los estudiantes para así identificar sus necesidades específicas relacionadas con el idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción que todos los estudiantes puedan aprovechar. Si en su hogar se habla otro idioma que no sea inglés, se requiere que el Distrito evalúe a su hijo más a fondo. Ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su ayuda.

Información del Estudiante:	
Nombre:	Segundo nombre:
Apellido:	
Sexo: F M	
País de Nacimiento:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /
Fecha de matriculación inicial en CUALQUIER escuela de EE.UU. (mm/dd/aaaa) / /	
Información Escolar:	
Fecha de Comienzo en la Escuela Nueva (mm/dd/aaaa): / /20_____	Nombre de la Escuela y Ciudad Anterior:
Grado Actual:	
Preguntas para los Padres/Encargados	
¿Cuál es el idioma natal del Padre/ la Madre/los Encargados? (encierre en un círculo) (madre / padre / encargado): (madre / padre / encargado):	¿Qué idioma(s) se habla(n) con su hijo? (incluya parientes -abuelos, tíos, tías, etc. - y encargados del cuidado) infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre
¿Cuál fue el primer idioma que entendió y habló su hijo?	¿Qué idioma usa usted principalmente con su hijo?



ATHOL-ROYALSTON REGIONAL SCHOOL DISTRICT

1062 Pleasant Street • P.O. Box 968

Athol, MA 01331

Tel: 978-249-2400 • Fax: 978-249-2402

Website: www.rrsd.org

El Distrito Regional Escolar de Athol-Royalston está comprometido a proveer desafiantes experiencias educativas que les inspiran a estudiantes a adquirir el conocimiento y habilidades para llegar a ser responsables ciudadanos en la comunidad global.

Información de Estudiante

Darcy Fernandes
Superintendent of Schools

Fecha de Nacimiento _____

Julie Marynok
Administrative Assistant

Apellido _____

Kathryn Clark
Director of Pupil Services

Nombre de Estudiante _____

Mary Jane Rickson
6-12 Curriculum Director

Segundo Nombre _____

Molly Superchi
Elementary Curriculum
Director

En Mayo de 2012, como parte del Acto de VALOR, Massachusetts se reunió con otros estados como parte del Pacto Entre Estados sobre la Oportunidad Educativa para Niños Militares. Favor de visitar www.mic3.net para más información.

Mitchel Aho
Principal
Athol High School

¿Qué Niños Son Elegibles para Asistencia Bajo el Pacto?

Thomas Telicki
Principal
Athol-Royalston
Middle School

Niños de:

Miembros de servicio activo de los servicios uniformados, de la Guardia Nacional y de la Reserva Militar que están en órdenes de servicio activo

Miembros o veteranos que están descargados por razón médica o retirados por un (1) año

Miembros que mueren en servicio activo

Michael Leander
Principal
Athol Community
Elementary School

¿Qué Niños No Son Elegibles para Asistencia Bajo el Pacto?

Janeth Williams
Principal
Royalston Community School
Title I Director

Niños de:

Miembros inactivos de la Guardia Nacional y Reservas

Miembros ahora retirados que no caben dentro de la categoría de arriba

Veteranos que no caben dentro de la categoría de arriba

Personal del Departamento de Defensa, civiles de una agencia federal y empleados por contrato no definidos como servicio activo

Robert Rouleau
Facilities and Transportation

Lynn Bassett
Business Manager

Edward Skutnik
Director of Technology

Favor de contestar la siguiente pregunta:

¿Es elegible este estudiante para asistencia como miembro de una familia militar tal como lo define el Pacto Entre Estados Sobre la Oportunidad Educativa para Niños Militares?

_____ No, no es miembro de una familia militar.

_____ Sí, es niño(a) de un miembro de servicio activo.

_____ Sí, es niño(a) de un miembro o veterano que fue descargado por razón médica o que se retiró dentro del último año.

Educando Niños Indigentes en Massachusetts

El Acto de Mckinney-Vento, parte del Acto Ningún Niño dejado Atrás, del 2001, garantiza de que los niños y jóvenes indigentes reciban la educación que deberían recibir si así no lo fueran.

¿Quién es clasificado como Indigente?

De acuerdo al Acto de McKinney-Vento, el tema "indigentes" incluye aquellos que no tengan una residencia nocturna fija, regular y adecuada. Esto incluye las situaciones siguientes:

- Compartiendo el hogar de otros por la pérdida de vivienda, o dificultades económicas.
- Viviendo en hotel, motel, parque de casas rodantes o acampando
- Viviendo en un refugio transitorio o de emergencia
- Abandonados en un hospital
- En espera de colocación de cuidado de crianza
- Viviendo en una residencia nocturna que sea pública, o un lugar privado que no sea normalmente usado como alojamiento para dormir
- Viviendo en un auto, parque, edificios abandonados, vivienda deficiente, estaciones de autobús o trenes, u otras situaciones semejantes

El Acto de McKinney-Vento también reconoce a jóvenes indigentes que no estén acompañados. De acuerdo al acto, jóvenes indigentes son ellos quienes no están bajo la custodia física de un pariente.

¿A qué escuela puede asistir un niño indigente?

Hay dos opciones para estudiantes indigentes, la escuela de origen y la escuela de residencia. La escuela de origen es la escuela en la cual el niño asistió cuando estuvo alocado permanentemente o la última escuela en la cual asistió. La escuela de residencia es la escuela que da servicios en el área donde el niño o adolescente este viviendo físicamente. Cuando se esté determinando la escuela al mejor interés para el niño, este debería quedarse en la escuela de origen, a menos que esto sea a lo contrario de los deseos de los padres o los deseos de los jóvenes no acompañados.

Inscripción

El Acto de McKinney-Vento requiere la inmediata inscripción de niños o jóvenes indigentes. Estos deben de ser permitidos

Políticas Médicas

Políticas de Medicación

Idealmente, medicamentos serian distribuidos en casa. Si el médico siente que es necesario que un estudiante reciba medicamentos durante el horario escolar, la escuela debe recibir lo próximo para cada medicamento (ambos, medicamentos recetados o de venta libre):

- Una carta escrita, firmada y fechada por los padres
- Una orden escrita, firmada y fechada por el Médico (para cada medicamento recetado o de venta libre)
- Medicamentos recetados deben ser llevados a la Oficina de Salud por un pariente o guardián. Medicamentos tienen que ser etiquetados con la etiqueta de la farmacia o en el embalaje original. El nombre del medicamento, el nombre del estudiante y las direcciones como usar este medicamento tienen que ser marcadas claramente
- Todo Medicamento de Venta Libre tiene que ser llevado a la Oficina de Salud por un pariente o guardián y tiene que estar en su embalaje original
- Ningún medicamento debe ser transportado de casa a la escuela por un niño o adolescente.

Leyes de Inmunización

Bajo las leyes del Departamento de Salud Pública de Massachusetts, la aceptable cantidad mínima de inmunizaciones para la matrícula escolar son:

- Un mínimo de 5 dosis de cada D-P-T (difteria, Tos Ferina, Tétano)
- Polio- 4 dosis
- Sarampión, Virus de las Paperas, Rubéola- 2 dosis
- Vacuna contra Hepatitis B- 3 dosis
- Varicela- 2 dosis

Documentación Requerida

MASSACHUSETTS REGISTRO ESCOLAR DE SALUD
EXAMEN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD

Nombre _____ Masc. Fem. Fecha de Nacimiento: _____

Historia Médica _____

Pertinente Historia Familiar

Problemas de Salud Actuales

Sí No

- Alergias: Favor de Alistar: Medicamentos _____ Comida _____ Otro _____
- Historia de Anafilaxia a _____ Epi-Pen®: Sí No
- Asma: Plan de acción para el Asma Sí No (Favor de adjuntar)
- Diabetes: Tipo I Tipo II
- Trastorno convulsivo: _____
- Otro (Favor de especificar) _____

Medicamentos Actuales (si relevantes a la salud y seguridad del estudiante) Ponga un círculo alrededor de los que se dan en la escuela; un diferente formulario para pedir medicamentos se necesita para cada medicamento administrado en la escuela.

Examen Físico

Fecha del Examen: _____

Altura: _____ (_____ %) Peso: _____ (_____ %) BMI: _____ (_____ %) BP: _____

(Cheque = Normal / Si anormal, favor de describir.)

- General _____ Pulmones _____ Extremidades _____
- Piel _____ Corazón _____ Neurológico _____
- HEENT _____ Abdomen _____ Otro _____
- Dental/Oral _____ Genitalia _____

Pruebas:

- | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------|
| | (Aprobado) | (Fracasado) | | (Aprobado) | (Fracasado) | | (Aprobado) | (Fracasado) |
| Visión: Ojo Derecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Audición: Oído Derecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Examen Postural: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ojo Izquierdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oído Izquierdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | (Escoliosis/Cifosis/Lordosis) |
| Esteropsis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

Resultados de Laboratorio : Plomo _____ Fecha _____ Otro _____

El Examen Completo fue Normal:

Apuntados Exámenes TB de la Piel: Riesgo Medio-a-Alto (exposición a TB; nació, vivió, viajó a países endémicos al TB; factores de riesgo médicos): TB Tipo de Examen: TST IGRA. Fecha: _____

Resultado: Positivo Negativo Indeterminado/Límite

Referido para evaluación a: _____ Fecha: _____ Arriesgo Bajo (ningún examen de TB hecho)

Este(a) estudiante tiene los siguientes problemas que pueden impactar su experiencia educativa:

- Visión Audición Habla/Lengua Déficit Fino/Grosero de Habilidades de Motor
- Emocional/Social Comportamiento Otro

Comentarios/Recomendaciones:

Sí No Este(a) estudiante puede participar completamente en el programa escolar, incluso la educación física y los deportes competitivos. Si no, favor de alistar las restricciones: _____

Y N Inmunizaciones están completas: Si no, favor de dar la razón. Favor de adjuntar el Certificado de Massachusetts del Sistema de Información sobre la Inmunización u otro récord completo de inmunización.

Firma del Examinador Ponga un círculo: MD, DO, NP, PA Fecha _____ Escriba en letra de imprenta el nombre del Examinador.

Práctica Grupal _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Please attach additional information as needed for the health and safety of the student.

MDPH 02/27/18

CERTIFICADO DE INMUNIZACIÓN

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: / / Sexo: M

F

Vacuna		Favor de indicar el tipo de vacuna (por ej., DTaP, Hib, etc.)		Vacuna		Fecha	Tip	
		Fecha	Tipo de Vacuna					
Hepatitis B (e.g., HepB, HepB-Hib, DTaP-HepB-IPV, HepA-HepB)	1			Paperas Sarampión Rubéola (e.g., MMR, MMRV)	1			
	2				2			
	3			Varicela (MMRV)	1			
	4				2			
Difteria, Tétanos, Pertusis (e.g., DTP, DTaP, DT, DTaP-Hib, DTaP-HepB-IPV, DTaP-IPV/Hib, DTaP-IPV, Td, Tdap)	1			Tetravalente Meningococcal MenACWY-Conjugado (MCV4) o Polisacárido (MPSV4)	1			
	2				2			
	3			Meningococcal Serogrupo B (Men B) MenB-FHbp MenB-4C	1			
	4				2			
	5				3			
	6			Influenza Estacional Inactivada IIV4, IIV4-ID, IIV3, IIV3-ID, IIV3-HD, RIV3-IM, ccIIV3-IM	1			
	7				2			
	8				3			
Haemophilus influenza tipo b (e.g., Hib, HepB-Hib, DTaP-Hib, DTaP- IPV/Hib, Hib-MenCY)	1			Vida Atenuada LAIV, LAIV4 (tetravalente)	4			
	2				5			
	3				6			
	4				7			
Polio (e.g., IPV, DTaP-HepB-IPV, DTaP-IPV/Hib, DTaP- IPV)	1			2009 H1N1 Influenza	1			
	2				2			
	3			Polio inyectado	1			
	4				2			
	5				1			
Neumococo Conjugado (PCV13, PCV7)	1			Hepatitis A (HepA, HepA-HepB)	2			
	2				1			
	3			Virus del Papilloma Humano (9vHPV, 4vHPV, 2vHPV)	1			
	4				2			
Rotavirus (e.g., RV5: 3-dosis serie, RV1: 2-dosis serie)	1			Zoster (shingles)	1			
	2				Otro:	1		
	3					2		

Favor de ver la página siguiente

CERTIFICADO DE INMUNIZACIÓN (continuado)

Abrir el Portal Familiar...

A los padres se les invita a alistarse para recibir una contraseña familiar para ver los archivos estudiantiles de su niño/a y noticias de profesores en la red! Sigue usando la misma contraseña si ya la tiene.

Favor de devolver esto a la oficina principal de su escuela. Fíjese: Usted tiene que ser el/la guardián legal para recibir una contraseña.

Nombres de los Niños

Escuela que Asiste

Nombre de Padre/Madre _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Número de Teléfono _____

Fecha _____

Athol-Royalston Regional School District 2019-2020

Encuesta Anual de Salud -Solo para la Enfermera de la Escuela

ALERGIAS que AMENAZAN la VIDA: Favor de indicar si su niño(a) tiene alergia a alguno de lo siguiente. Si tiene, favor de proveer documentación oficial por parte del médico de su niño(a). Recetas escritas del médico de su niño(a) de usted se requieren para **CUALQUIER** medicina que se da durante el año escolar.

Picaduras de Abejas _____ Cacahuete _____ Nueces _____ Comida _____ Látex _____ Otro _____

Describe la reacción de su niño(a): _____

Describe el último tratamiento médico para tal reacción: _____

OTRAS ALERGIAS: Favor de alistar

Medicinas: _____

Ambiental: _____

Describe las reacciones: _____

Fecha de Último Examen Físico: _____ **Fecha de Último Examen Dental:** _____

Médico de Atención Primaria: Nombre: _____ Teléfono _____

Médico Especialista: Nombre: _____ Teléfono _____

Seguro Médico: _____ # de Póliza _____

Dentista: Nombre: _____ Teléfono _____

Seguro Dental: _____ # de Póliza _____

ENFERMEDAD/CONDICIONES CRÓNICAS: Indique si su niño ha experimentado alguno de lo siguiente abajo.

Asma _____ Ansiedad _____ Trastorno por Déficit de Atención _____

Comoción cerebral _____ Depresión _____ Diabetes _____

Desmayos _____ Condición de Corazón _____ Ataques _____

Daños físicos durante el verano _____ Jaquecas _____ Dificultades con Movilidad _____

Tratamiento en un Hospital _____ Escoliosis _____ Dificultades con Usar el Baño _____

Cirugías _____ IEP _____ Asuntos Dietéticos _____

504 _____ Limitaciones físicas _____ Otro _____

Favor de explicar: _____

VISIÓN: Gafas: Sí ___ No ___ Llevadas constantemente: Sí ___ No ___ Lentes de Contacto: Sí ___ No ___

Necesita un Asiento Especial: Sí ___ No ___

OÍDO: Frecuentes dolores de oídos: Sí ___ No ___ Tubos en los Oídos: Sí ___ No ___ Audífonos: Sí ___ No ___

Necesita un Asiento Especial: Sí ___ No ___

DEPORTES: Sabe usted alguna razón por la cual su niño(a) no debe participar en los deportes/Educación Física? Sí ___ No ___

Favor de explicar: _____
**Un examen físico se requiere cada año para los deportes en la escuela intermedia y secundaria.*

MEDICAMENTOS: Favor de alistar los medicamentos prescritos y de venta libre que su niño(a) toma. Favor de dar el nombre y dosis de cada medicamento. ** Recuerde usted que esta información se mantiene confidencial.*

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

HERMANOS (nombre, edad y la escuela que asiste)

**Se requieren órdenes de un médico antes de que cualquier medicamento puede administrarse a la escuela.*

Favor de llenar los siguientes espacios en blanco que tienen asteriscos.

Yo, * _____, Padre/madre/guardián de * _____,
(Nombre de padre/madre o guardián) (Nombre de estudiante)

Doy permiso para que información de salud se comparta con los miembros necesarios del personal escolar.

Doy permiso para la comunicación y el uso del Fax entre el médico de mi niño(a) y la Enfermera Escolar para intercambiar información necesaria.

Concedo el derecho de conseguir tratamiento médico de emergencia para mi niño(a).

Doy permiso para transporte por ambulancia al hospital más cercano. Pagar cualquier y todo tratamiento médico es la responsabilidad financiera del padre/madre/guardián.

*Firma de Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____

Esta información es válida por un año desde la fecha de su firma.