



# DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN: ESCUELAS ESPECIALES Y SERVICIOS

## Nivel de Educación del Padre

El Código de la Educación de California requiere a las escuelas a reunir información con respecto al nivel más alto de la educación lograda por el padre que tuvo más educación. Favor de marcar uno de lo siguiente:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No graduado de escuela secundaria | <input type="checkbox"/> alguna educación superior | <input type="checkbox"/> Graduate School/Post Grad. Training |
| <input type="checkbox"/> graduado de escuela secundaria    | <input type="checkbox"/> universidad de postgrado  | <input type="checkbox"/> Declined to state/Unknown           |

## Lenguaje Usado en Casa

El Código de la Educación de California requiere a las escuelas a determinar el idioma (los idiomas) hablado en casa por cada estudiante. Esta información ayuda a la escuela a proporcionar programas y servicios instruccionales adecuados

1. ¿Cuál idioma aprendió su niño cuando él o ella comenzó hablar? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma utiliza normalmente su niño en casa? \_\_\_\_\_

3. ¿Qué idioma utiliza usted al hablar normalmente con su niño? \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SALUD DE TRANSPORTE

Favor de marcar sí o no al especificar si su niño utiliza cualquiera del equipo siguiente.

Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Bellyband <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asiento de Cuidado de Coche <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Arreos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Chaleco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Paseante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro- favor de especificar: _____		

## INFORMACION MEDICA IMPORTANTE

<input type="checkbox"/> Problemas de Respiración <input type="checkbox"/> Escoliosis/cirugía de " Barra" <input type="checkbox"/> Escoliosis/Brace de Refuerzo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ciego/ Daño Visual <input type="checkbox"/> "Huesos frágiles"	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Tubo Gastrostomico <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Ataques <input type="checkbox"/> Condición de Calor <input type="checkbox"/> Daño de Sordera/Audición	<input type="checkbox"/> Traqueotomía <input type="checkbox"/> Shunt(s) <input type="checkbox"/> Conducta Desafiante <input type="checkbox"/> Sin Palabras <input type="checkbox"/> Sin Palabras pero comprende lo que es dicho
---	---	---

## DEPARTAMENTO de EDUCACION del CONDADO de TEHAMA NO PROPORCIONA MEDICO NI EL SEGURO CONTRA ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES.

Healthy Families es un costo bajo, la salud completa, dental, y seguro de visión para niños de uno a dieciocho años y para niños con Medi-Cal con una parte de costo. La ayuda de la aplicación para Healthy Families está disponible en el sitio web siguiente [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov) o llama a el TCDE las Escuelas Especiales y Servicios al departamento para más información (530) 527-5811. .

**AUTORIZACION para TRATAMIENTO a UN MENOR:** Yo por medio de la presente autorizo y doy mi consentimiento para la emergencia y el cuidado médico o dental debido a herida o enfermedad graves si mi contacto o yo no podemos ser encontrados. El médico denominado será contactado o el niño será llevado a el cuarto de emergencia bajo la licencia de el Acto de la Práctica de la Medicina, a costa mía. (Sección 25,8 del Código Civil de California.).

Médico/Hospital \_\_\_\_\_

Nombre

Teléfono

(    )

Firma de Padre/Guardián para la Autorización del Cuidado de Emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono

Fecha

**Certifico que toda la información en esta forma es verdadera y correcta.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha