



PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
155 E. 4th Street, Perris, CA 92570
(951) 943-6369

RETURNING STUDENT ENROLLMENT 2016-2017

Welcome back to the Perris Union High School District. In order to continue to provide a high level of customer service to our parents, we have made the registration forms available online at the Perris Union High School District website, www.puhsd.org. The checklist below will assist you with the required paperwork.

RETURNING STUDENT REGISTRATION CHECKLIST

Please check that you have signed the following forms found in this packet.

- Emergency Card: PLEASE REVIEW PREPRINTED EMERGENCY CARD, noting any changes that need to be made.
- Annual Notification Signature Form
- Media and Information Release Consent Form
- Proof of Residency
- Medical History

You must also bring the following documents with you for returning student registration:

- Proof of Residency- eg. *gas bill, water bill or electric bill, rental agreement with proof of payment or recent final escrow papers* (**cable and cell phone bills are not accepted**)
- Caregiver / Guardianship Authorization (*if applicable please contact Pupil Services @ 951-943-6369, ext.81200*)
- Inter/Intra District Transfer (*prior approval from Pupil Services required for registration*)

Perris Union High School District desires to provide a safe school environment that allows all students equal access and opportunities in the district's academic and other educational support programs, services, and activities. The Board prohibits, at any district school or school activity, unlawful discrimination, harassment, intimidation, and bullying of any student based on the student's actual race, color, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, religion, marital or parental status, physical or mental disability, sex, sexual orientation, gender, gender identity, or gender expression; the perception of one or more of such characteristics; or association with a person or group with one or more of these actual or perceived characteristics. School personnel must take immediate steps to intervene when safe to do so when he or she witnesses an act of discrimination, harassment, intimidation or bullying. (BP, 5145.3)



PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
155 E. 4th Street, Perris, CA 92570
(951) 943-6369

PROCEDIMIENTOS DE INSCRIPCIÓN PARA EL REGRESO DE LOS ESTUDIANTES 2016-2017

Bienvenidos de nuevo a Perris Union High School District. Con el propósito de continuar proporcionando un alto nivel de servicio de atención a nuestros padres, tenemos las formas de inscripción disponibles en línea en el sitio web de Perris Union High School District, www.puhsd.org. La lista a continuación les asistirá con la documentación necesaria.

LISTA DE INSCRIPCIÓN PARA EL REGRESO DE LOS ESTUDIANTES

Por favor marquen que han firmado los siguientes formularios que se encuentran en este paquete.

- Tarjeta de emergencia. FAVOR DE REVISAR LA TARJETA DE EMERGENCIA IMPRENTA, notando cualquier cambio que se necesita hacer.
- Formulario de Firmas de la Notificación Anual
- Formulario de Consentimiento para Divulgar la Información del Estudiante
- Comprobante de la Residencia
- Historial Médico

Ustedes también deben traer los siguientes documentos a la hora de inscripción para el regreso del estudiante:

- Comprobante de residencia: *Factura del gas, del agua o de la luz, contrato de arrendamiento con comprobante del pago, o los recientes papeles finales del "escrow" (documentos de la compra de una casa) (No se aceptan las facturas de cable o teléfonos celulares)*
- Declaración Jurada de Autorización a las Personas Encargadas del Cuidado (*favor de llamar a los Servicios Estudiantiles al @ 951-943-6369, ext.81200*)
- Transferencia dentro/fuera del distrito (*Se necesita una aprobación anterior de Servicios Estudiantiles para la inscripción*)

Perris Union High School District desea proveer un ambiente escolar seguro que permite a todos los alumnos la igualdad de acceso y oportunidades en académicos y otros programas educativos de apoyo, servicios y actividades del distrito. La Mesa Directiva prohíbe, en cualquier escuela del distrito o actividad escolar, la discriminación ilegal, el acoso, la intimidación y el acoso de cualquier estudiante basado en el estudiante real de raza, color, ascendencia, origen nacional, grupo étnico, edad, religión, discapacidad o estado civil de los padres, física o mental, sexo, orientación sexual, género, identidad de género o expresión de género; la percepción de uno o más de tales características; o asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas. El personal escolar debe tomar medidas inmediatas para intervenir cuando sea seguro hacerlo cuando él o ella es testigo de un acto de discriminación, el acoso, la intimidación o el acoso escolar.(BP, 5145.3)



**PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
ANNUAL NOTIFICATION SIGNATURE FORM
2016-2017**

After reading and reviewing with your student all of the documents provided online associated with the following signatures, sign and date at the bottom and turn in during registration. All information mentioned below is available on the PUHSD website www.puhsd.org, please go to the "Parents" tab, there you will find "Annual Notification of Parent or Guardian" and under "Registration" you will find both "Read Only Forms."

Student Name	Grade	Student ID Number
--------------	-------	-------------------

Annual Notification to Parent/ Guardian(s)

The law requires each parent or guardian to sign and return this form. Your signature only shows that you have been informed of your rights. Your signature does not give consent for the child or ward to participate in any school activity or program, nor does this deny the right to refuse to give consent at any later time.

I have read the Annual Notification to Parents/Guardians regarding my rights relating to activities which might affect my child. *(The Annual Notification can be found under Notification of Parent or Guardian)*

Parent Signature _____

Acceptable Use of Technology

I understand and will abide by the provisions and conditions set forth in the Perris Union High School District's Acceptable Use Policy. I understand that any violations of the Acceptable Use Policy or related District policies may result in disciplinary action, account revocation, and possible legal action and/or prosecution. I also agree to report any misuse of District technology immediately. I understand that all rules of conduct described in District and school site policies, procedures, and handbooks apply while I am using District technology resources. *(Acceptable Use Policy can be found under Enrollment Read Only Forms pgs.6-11)*

Student Initials _____ **Parent Initials** _____

Bullying Policy

I have read and discussed the Bullying Policy with my student and understand the prevention, intervention, investigation and discipline as described in www.puhsd.org. *(Bullying Policy can be found under the Educational Equity listed under the "About" tab.)*

Student Initials _____ **Parent Initials** _____

Sexual Harrassment

We have read, understand and will abide by Perris Union High School District's Sexual Harrassment Policy. *(Sexual Harrassment Policy can be found under the Educational Equity listed under the "About" tab.)*

Student Initials _____ **Parent Initials** _____

School Accountability Report Card (SARC):

A SARC provides information about a school such as demographics, school safety & climate, academic data, class sizes, and teacher/staff information. SARC's are listed on the district/school web site www.puhsd.org, and are available upon request at your student's school site.

Parent Signature	Date
------------------	------

Student Signature	Student #	Grade
-------------------	-----------	-------



**PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE LA FIRMA DE LA NOTIFICACIÓN ANUAL
2016-2017**

Después de leer y revisar con su estudiante todos los documentos proporcionados en línea asociados con las siguientes firmas, favor de firmar y poner la fecha en la parte inferior y devolver durante la inscripción. Toda la información mencionada a continuación está disponible en el sitio web de Perris Union High School District www.puhsd.org. Favor de ir al tabulador que indica "Parents" (Padres) y bajo "Registration" (Inscripción) encontrarán las formas llamadas "Read Only Forms" (Formulario de solo leer) y "Notification of Parent or Guardian." (Notificación para los padres o tutores).

Nombre del estudiante	Grado	Número de identificación del estudiante
-----------------------	-------	-----------------------------------------

Notificación anual para los padres/tutores

La ley requiere que cada padre o tutor firme y devuelva este formulario. Su firma solo demuestra que ustedes han sido informados sobre sus derechos. Su firma no autoriza que su hijo(a) o estudiante participe en cualquier actividad o programa escolar, ni esto niega el derecho a dar el consentimiento en cualquier fecha posterior.

Yo he leído la Notificación anual para los padres/tutores respecto a mis derechos relacionados con las actividades que puedan afectar a mi hijo(a). (La notificación anual se puede encontrar bajo el título "Notification of Parent or Guardian").

Firma de los padres _____

Uso aceptable de la tecnología

Yo entiendo y cumpliré con las disposiciones y condiciones establecidas en la política de Perris Union High School District referentes al uso aceptable de la tecnología. Yo entiendo que cualquier violación de la política del uso aceptable de la tecnología, u otras políticas del Distrito podrían resultar en acción disciplinaria, en la revocación de la cuenta y posible acción y/o procesamiento legal. También estoy de acuerdo en informar inmediatamente cualquier uso indebido de la tecnología del Distrito. Yo entiendo que todas las reglas de la conducta que se describen en las políticas, los procedimientos y los manuales del Distrito y en los sitios escolares aplican mientras esté usando los recursos tecnológicos del Distrito. (La política sobre el uso aceptable de la tecnología se puede encontrar bajo Educational Equity en la sección "About").

Iniciales del estudiante _____ **Iniciales de los padres** _____

Política del acoso escolar

He leído y hablado sobre la Política del acoso escolar con mi estudiante y entiendo la prevención, intervención, investigación y disciplina como se describe en www.puhsd.org, en los formularios "Read Only Form". (La política sobre el acoso escolar se puede encontrar bajo Educational Equity en la sección "About").

Iniciales del estudiante _____ **Iniciales de los padres** _____

Hostigamiento sexual

Hemos leído, entendemos y cumpliremos con la Política del hostigamiento sexual del Distrito. (La política sobre el hostigamiento sexual del Distrito se puede encontrar bajo Educational Equity en la sección "About")

Iniciales del estudiante _____ **Iniciales de los padres** _____

Informe escolar de rendición de cuentas (SARC):

Un SARC proporciona información sobre una escuela, tal como estadísticas, seguridad & ambiente escolar, datos académicos, tamaño de las clases e información sobre los maestros/el personal. Los informes escolares de rendición de cuentas se enumeran en el sitio web del distrito/ y las escuelas www.puhsd.org y están disponibles a petición en el sitio escolar de su estudiante .

Firma de los padres	Fecha
---------------------	-------

Firma del estudiante	# del Estudiante	Grado
----------------------	------------------	-------



"Growing Together
Through Education"

**2010-2011
Advanced Placement
Achievement District**

Board of Trustees
Edward Agundez
Jose L. Araux, Ed.D.
Joan D. Cooley
David G. Nelissen
Carolyn A. Twyman

Jonathan L. Greenberg, Ed.D.
Superintendent

Grant Bennett
Assistant Superintendent
Educational Services

Candace Reines
Assistant Superintendent
Business Services

Steve Swartz
Assistant Superintendent
Human Resources

District Administration Center
155 E. Fourth Street
Perris, CA 92570
951-943-6369

Fax Numbers:
Superintendent's Office
951-940-5378
Business Services
951-940-5301
Human Resources
951-943-9852

Student Services Center
1151 N. A Street
Perris, CA 92570
951-943-6369
Fax: 951-943-6799

District Website:
www.puhsd.org

Student Media and Information Release Consent Form

Student Name	Grade	Student ID Number
--------------	-------	-------------------

Signature by the parent/legal guardian indicates full consent and authorization to release any of the information listed below in regard to the aforementioned student unless checked below. This information may be released via web site, student newspaper, publications, team rosters, ALL school related functions, such as but not limited to AVID, GATE, School Clubs, Friday Night Live and any Conferences. Please indicate if you would like the following items released:

- | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Height, Weight and Grade Classification | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Athletic Statistics (Sports specific) | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Name and/or Picture(s) on the school web page(s) | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Name and/or Picture(s) on the school newspaper(s) | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |

Our schools may be requested to provide the names, addresses telephone numbers of high school students to military recruiters, colleges and other groups. You do not have to participate in this program. The school has permission to disclose child's name, address, and telephone number to groups requesting information. YES NO

Parent Signature	Date
------------------	------

Student Signature	Date
-------------------	------

Formulario de Consentimiento para Divulgar la Información del Estudiante

Nombre del estudiante	Grado	Número de ID del estudiante
-----------------------	-------	-----------------------------

La firma del padre/tutor legal indica pleno consentimiento y autorización para divulgar cualquier información que se enumera a continuación en relación con el estudiante mencionado anteriormente, a menos que se indique a continuación. Esta información podrá ser divulgada a través del sitio web, el periódico estudiantil, las publicaciones, las listas de equipos, TODAS las funciones relacionadas con la escuela, tales como pero no se limita a AVID, GATE, clubes escolares, Friday Night Live y cualquier conferencia. Por favor indique los artículos que usted quiere que se den a conocer:

Clasificación de altura, peso y grado	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Estadísticas deportivas (deportes específicos)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Nombre y/o en imagen en la página web de la escuela	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Nombre y/o en imagen en el periódico de la escuela	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Nuestras escuelas pueden ser solicitadas para proporcionar los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los estudiantes de la preparatoria a los reclutadores militares, las universidades y otros grupos. Usted no tiene que participar en este programa. La escuela tiene permiso para divulgar el nombre, la dirección y el número de teléfono del estudiante a los grupos solicitando la información. SÍ NO

Firma del Padre	Fecha
-----------------	-------

Firma del Estudiante	Fecha
----------------------	-------



**PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
RESIDENCY VERIFICATION
2016-2017**

In accordance with California Education Code and the California Code of Regulations, **all students** must provide proof of district residency each year as part of the enrollment/registration process. Copies of the documents verifying district residency are to be collected during registration and placed in the student's permanent cumulative folder, and will be requested on an annual basis.

Parent/Legal Guardian must provide residency verification from Section A and from Section B (if requested), in order to enroll a student. Exceptions can only be made by the Director of Pupil Services. Please complete the sections applicable to your situation. **FALSIFICATION OF INFORMATION ON THIS FORM WILL BE GROUNDS FOR A STUDENT(S) TO BE DIS-ENROLLED FROM THE DISTRICT/SCHOOL.**

SECTION A: You **MUST** provide one of the following as proof of residency:

- Electric Company bill (must be in the parent/guardian's name)
- Gas Company bill (must be in the parent/guardian's name)
- Water Company bill (must be in the parent/guardian's name)
- Purchase Agreement or Escrow Verification with closing date indicated (purchaser name & property address must show)
- Close of Escrow Verification for Place of Residence (with purchaser name & address shown)
- Lease or rental agreement **with** canceled check or photocopy of bank statement; or stamped printed address receipt by landlord

If you are renting or leasing your residence, please complete the following: (P.O. Box is not acceptable as proof of residency)

I CERTIFY WE ARE OR WILL BE RENTING OR LEASING AT THE FOLLOWING ADDRESS:

Street Apt. # City Zip

Landlord/Manager's Name (print) Complex Name (if applicable) Landlord's Daytime Contact #

SECTION B: If you are renting, leasing or proof of residency is not in your name:

If **proof of residency is not in your name** (i.e. "**living with**" or "**renting a room**" from someone) then the following must be completed by the person you are "living with" or "renting a room".

I certify that _____ and _____ are living with me at the following
Parent's Name Student's Name

Address: _____
Street Apt. # City Zip

I have included documentation to satisfy Section A above, along with a valid form of governmental identification.

Print: Name of Home/Property Owner Signature of Home/Property Owner Date

Staff Verification Signature



PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
COMPROBANTE DE RESIDENCIA
2016-2017

Conforme al Código de Educación de California y a los Reglamentos del Código de California, todos los alumnos deberán de proporcionar un comprobante de residencia del distrito cada año como parte del proceso de la inscripción/matriculación. Se recaudarán copias de los documentos comprobando la residencia del distrito a la hora de inscripción y se colocarán en el expediente permanente del alumno(a). Esto será solicitado anualmente.

Los Padres/Tutores deberán de proporcionar un comprobante de residencia de la Sección A y de la Sección B (si se solicita), para poder inscribir a un alumno(a). El Director de Servicios Estudiantiles podrá ser la única persona que haga excepciones. Favor de llenar las secciones que aplican a su situación. LA FALSIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO SERÁ MOTIVO PARA QUE DEN DE BAJA A UN ALUMNO(A) DEL DISTRITO/ESCUELA.

SECCION A: Ustedes DEBEN de proporcionar uno de lo siguiente como comprobante de residencia:

- Factura de la compañía de la luz (debe de ser a nombre del padre/tutor)
Factura de la compañía del gas (debe de ser al nombre del padre/tutor)
Factura de la compañía del agua (debe de ser al nombre del padre/tutor)
Contrato de la compra, o comprobante en depósito (Escrow) indicando la fecha de cierre (debe de demostrar el nombre del comprador y el domicilio de la propiedad)
Comprobante del cierre del Escrow para el lugar de la residencia (con el nombre del comprador y demostrando el domicilio)
Contrato de arrendamiento o renta con un cheque cancelado, o una fotocopia del estado de cuentas; o el recibo del propietario con el sello impreso del domicilio.

Si ustedes están rentando, o arrendando su residencia, favor de llenar lo siguiente: (no se acepta apartado postal como comprobante de la residencia)

YO CERTIFICO QUE ESTAMOS, O ESTAREMOS RENTANDO, O ARRENDANDO EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Calle # de Apt Ciudad Zona
Nombre del propietario/gerente (Imprimir) Nombre del edificio (si aplica) # de Contacto del propietario durante el día

SECCIÓN B: Si ustedes están rentando, arrendando, o el comprobante de residencia no está a su nombre:

Si el comprobante de la residencia no está a su nombre (por ejemplo, "vive con" o "renta un cuarto" de alguien) entonces la persona con quien "están viviendo", o "rentando un cuarto" debe de llenar lo siguiente:

Yo certifico que Nombre de los padres y Nombre del estudiante están viviendo conmigo en el siguiente

Domicilio: Calle # de Apt. Ciudad Zona

He incluido documentación para satisfacer la sección "A" de arriba, junto con una forma válida de identificación del gobierno.

Imprima: Nombre del dueño del hogar/propiedad Firma del dueño del hogar/propiedad Fecha

Firma de comprobante del personal



STUDENT HEALTH HISTORY

Please check the appropriate box, if any, of the following conditions that apply for the student and give a brief explanation in the space provided below. List all health conditions including those from previous years. Please notify the Registered Nurse at your child's school of any changes in your child's health condition or change of medication.

A1	<input type="checkbox"/>	Allergy- SEVERE! Requires EPI-PEN/medication	H3	<input type="checkbox"/>	Hypoglycemia/physician diagnosed
A2	<input type="checkbox"/>	Allergy- Bee sting, list symptoms below	K1	<input type="checkbox"/>	Kidney Disorder/Disease, explained below
A3	<input type="checkbox"/>	Allergy- Food, list food and symptoms below	M1	<input type="checkbox"/>	Medication Taken at Home, explain below
A4	<input type="checkbox"/>	Asthma- Mild. Requires medication or inhaler	M2	<input type="checkbox"/>	Medication Needed at School- Requires Physician note
A5	<input type="checkbox"/>	Arthritis (Rheumatoid)	M3	<input type="checkbox"/>	Menstrual Problems (severe)
A6	<input type="checkbox"/>	Asthma- Severe. Requires inhaler or daily medication	M4	<input type="checkbox"/>	Migraine Headaches/physician diagnosed, list medication
A7	<input type="checkbox"/>	Attention Deficit Disorder, list medication below	M5	<input type="checkbox"/>	Muscular Dystrophy
A8	<input type="checkbox"/>	Autism	N1	<input type="checkbox"/>	Nosebleeds- Severe
B1	<input type="checkbox"/>	Birth Defect/Chromosome Disorder, list below	O1	<input type="checkbox"/>	Osgood-Schlatter Disease-
B2	<input type="checkbox"/>	Blind/Visually Impaired			Physician note required if activity is restricted
B3	<input type="checkbox"/>	Blood Disorder, list below	P1	<input type="checkbox"/>	Physical Activity Limitations, list below-
C1	<input type="checkbox"/>	Cancer/Leukemia			Requires physician note
C2	<input type="checkbox"/>	Cerebral Palsy	R1	<input type="checkbox"/>	Rheumatic Fever History
C3	<input type="checkbox"/>	Color Deficiency	S1	<input type="checkbox"/>	Scoliosis/ physician diagnosed
C4	<input type="checkbox"/>	Colitis/Crohn's Disease	S2	<input type="checkbox"/>	Sickle Cell Anemia, explain below
C5	<input type="checkbox"/>	Confidential Health Problem- Call School Nurse (RN)	S3	<input type="checkbox"/>	Speech Difficulties
C6	<input type="checkbox"/>	Cystic Fibrosis	T1	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis/ or history of positive skin test
D1	<input type="checkbox"/>	Deaf/ profound hearing loss, list hearing aids if needed			Chest X-ray required with positive skin test
D2	<input type="checkbox"/>	Diabetes, Insulin Dependent. List medications Requires meeting with School Nurse (RN)	U1	<input type="checkbox"/>	Ulcers- list types of medication
D3	<input type="checkbox"/>	Diabetes, Type II- Call School Nurse (RN)	V1	<input type="checkbox"/>	Vision- Impaired/wears glasses/contacts
E1	<input type="checkbox"/>	Eating Disorders/ physician diagnosed	Z1	<input type="checkbox"/>	Other health problems not listed (Syndromes etc.)
E2	<input type="checkbox"/>	Endocrine Disorder	Z2	<input type="checkbox"/>	No Known Health Problems
E3	<input type="checkbox"/>	Epilepsy/Seizures, list medication below, describe symptoms			
E4	<input type="checkbox"/>	Growth Disorder, explain below			
H1	<input type="checkbox"/>	Heart Disease/Defect, explain below			
H2	<input type="checkbox"/>	Hemophilia- Call School Nurse (RN)			

ALL MEDICATIONS GIVEN AT SCHOOL (prescribed or over the counter) REQUIRES A PHYSICIAN'S NOTE. STUDENTS CARRYING INHALERS REQUIRE A PHYSICIAN'S NOTE. (Forms available in School Health Office.)

Explanation _____

Do you currently have health insurance? Yes No

If yes, please state name of insurance company: _____

Medical Transport: I authorize emergency personnel (medical, dental, paramedic, ambulance) to transfer and treat said minor in the event that the minor's parent/guardian cannot be reached. I further understand that all costs of paramedic transportation, hospitalization, and any examination, x-ray, or treatment provided in relation to this authorization shall be borne by the parent/guardian. I understand that the PUHSD, its officers and employees assume no liability of any nature in relation to the transportation or treatment of the said minor.

Parent/Guardian Signature

Date



HISTORIAL CLÍNICO DEL ESTUDIANTE

Apellido legal del estudiante

Nombre

Grado

Por favor marque la casilla apropiada, si cualquiera de las siguientes condiciones aplica al estudiante y proporcione una explicación breve en el espacio a continuación. Liste todas las condiciones de la salud incluyendo aquellas de los años anteriores. Por favor notifique a la enfermera titulada de la escuela de su hijo(a) si hay cualquier cambio en la condición de la salud de su hijo(a), o cambios en los medicamentos.

A1	<input type="checkbox"/>	Alergia-GRAVE! Requiere el medicamento EPI-PEN	H3	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia/ Diagnosticado por un médico
A2	<input type="checkbox"/>	Alergia- Piquete de abeja, nombre los síntomas a continuación	K1	<input type="checkbox"/>	Trastorno/ enfermedad del riñón (explique abajo)
A3	<input type="checkbox"/>	Alergia-Alimentos, nombre la comida y los síntomas	M1	<input type="checkbox"/>	Medicamento que toma en la casa (explique abajo)
A4	<input type="checkbox"/>	Asma-LEVE. Requiere inhalador, o medicamento diario	M2	<input type="checkbox"/>	Medicamento necesario en la escuela- Requiere un comprobante médico
A5	<input type="checkbox"/>	Artritis (Reumatoide)	M3	<input type="checkbox"/>	Problemas de la menstruación (severos)
A6	<input type="checkbox"/>	Asma- Grave - Requiere inhalador o medicamento diario	M4	<input type="checkbox"/>	Migrañas- Diagnosticado por un médico-medicamento
A7	<input type="checkbox"/>	Trastorno de déficit de atención, nombre los medicamentos a continuación	M5	<input type="checkbox"/>	Distrofia muscular
A8	<input type="checkbox"/>	Autismo	N1	<input type="checkbox"/>	Hemorragia Nasal-Severo
B1	<input type="checkbox"/>	Defecto de nacimiento/trastorno cromosómico, liste abajo	O1	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Osgood-Schlatter – (se necesita un comprobante médico si se limita la actividad)
B2	<input type="checkbox"/>	Deterioro visual / ceguera	P1	<input type="checkbox"/>	Limitaciones para las actividades físicas (liste abajo)- Se requiere comprobante médico
B3	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la sangre, liste abajo	R1	<input type="checkbox"/>	Historial de fiebre reumática
C1	<input type="checkbox"/>	Cáncer/ Leucemia	S1	<input type="checkbox"/>	Escoliosis/ diagnosticado por un médico
C2	<input type="checkbox"/>	Parálisis cerebral	S2	<input type="checkbox"/>	Anemia de células falciformes (explique abajo)
C3	<input type="checkbox"/>	Visión (deficiencia de colores)	S3	<input type="checkbox"/>	Dificultades con la comunicación oral
C4	<input type="checkbox"/>	Colitis/ Enfermedad de Crohn	T1	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis/ o antecedentes de pruebas positivas de la piel- Se necesita rayos-x con un resultado positivo de la piel
C5	<input type="checkbox"/>	Problema confidencial de la salud – Favor de llamar a la enfermera de la escuela (RN)	U1	<input type="checkbox"/>	Úlceras/ Favor de nombrar los medicamentos
C6	<input type="checkbox"/>	Fibrosis quística	V1	<input type="checkbox"/>	Problemas de la visión- (usa anteojos /lentes de contacto Otros problemas de la salud que no se han nombrado (Síndromes, etc.)
D1	<input type="checkbox"/>	Sordera/ pérdida profunda de audición –Favor de anotar abajo si necesita aparatos para el oído	Z1	<input type="checkbox"/>	(Síndromes, etc.)
D2	<input type="checkbox"/>	Diabetes, dependiente de insulina-Nombrar los medicamentos Requiere una junta con la enfermera de la escuela (RN)	Z2	<input type="checkbox"/>	No se sabe de ningún problema de la salud
D3	<input type="checkbox"/>	Diabetes, tipo II- Favor de llamar a la enfermera de la escuela (RN)			
E1	<input type="checkbox"/>	Trastorno de alimentación/ Diagnosticado por un médico			
E2	<input type="checkbox"/>	Trastorno endocrino			
E3	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/Ataques. Liste los medicamentos abajo-describa los síntomas			
E4	<input type="checkbox"/>	Trastorno del desarrollo, (explique abajo)			
H1	<input type="checkbox"/>	Enfermedad / defecto del corazón (explique abajo)			
H2	<input type="checkbox"/>	Hemofilia, por favor llame a la enfermera de la escuela (RN)			

TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SE ADMINISTRAN EN LA ESCUELA (recetado o sin receta médica REQUIERE UN COMPROBANTE DEL MÉDICO. LOS ESTUDIANTES QUE TRAIGAN INHALADORES REQUIEREN UN COMPROBANTE DEL MÉDICO. (Las formas están disponibles en la Oficina de la Salud de la escuela).

Explicación _____

Actualmente tiene usted un seguro médico?

Sí

No

Si su respuesta es afirmativa, favor de nombrar el nombre de la compañía de seguros: _____

Transporte médico: Yo autorizo al personal de emergencia (médicos, dentistas, paramédicos, ambulancia) que transfieran y atiendan a dicho menor, en caso de que uno de los padres /tutores no puedan ser localizados. Además yo entiendo que todos los costos del transporte de los paramédicos, la hospitalización, y cualquier examen, rayos-x, o tratamiento en relación a esta autorización deberá ser la responsabilidad de los padres /tutores. Yo entiendo que Perris Union High School District, sus oficiales y empleados no asumen la responsabilidad de ninguna naturaleza en relación al transporte, o el tratamiento de dicho menor.

Firma de los padres/tutores

Fecha