

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

Este formulario debe ser completado por uno de los padres o el encargado legal y devuelto al maestro *el segundo día de escuela*.

Esta información puede ser actualizada en línea usando ParentVUE en: <https://vue.apsva.us>

<b>NOMBRE DEL ALUMNO</b> (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)		OTRO NOMBRE DADO	GÉNERO M F X GÉNERO DESIGNADO M F X	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	GRADO
DIRECCIÓN DE CASA			CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE LA CASA ( )	
El estudiante es un dependiente de un miembro del: SERVICIO ACTIVO MILITAR DE EE. U.U.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No FUERZAS DE RESERVA DE EE. U.U.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No GUARDIA NACIONAL (ACTIVO O DE RESERVA) DE EE. U.U.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>INFORMACIÓN DE LOS PADRES</b>					
<b>PADRE O TUTOR LEGAL</b> (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)			CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)		
DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE AL ALUMNO)					
TELÉFONO DE LA CASA ( ) <input type="checkbox"/> Primario	TELÉFONO DEL TRABAJO ( ) <input type="checkbox"/> Primario	TELÉFONO CELULAR ( ) <input type="checkbox"/> Primario	<input type="checkbox"/> No hay texto		
¿En qué idioma prefiere comunicarse?	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita que los documentos estén traducidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>PADRE O TUTOR LEGAL</b> (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)			CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)		
DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE AL ALUMNO)					
TELÉFONO DE LA CASA ( ) <input type="checkbox"/> Primario	TELÉFONO DEL TRABAJO ( ) <input type="checkbox"/> Primario	TELÉFONO CELULAR ( ) <input type="checkbox"/> Primario	<input type="checkbox"/> No hay texto		
¿En qué idioma prefiere comunicarse?	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita que los documentos estén traducidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>PERSONAS A QUIEN SE PUEDE LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA</b> La información de su hijo(a) que se le dará a esta persona, será ÚNICAMENTE referente al motivo específico por el cual se la llama.					
EL CONTACTO 1: (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)			<input type="checkbox"/> Alumno puede ser puesto en libertad a esta persona	RELACIÓN AL ALUMNO	
TELÉFONO DE LA CASA ( )	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	TELÉFONO CELULAR ( )			
EL CONTACTO 2: (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)			<input type="checkbox"/> Alumno puede ser puesto en libertad a esta persona	RELACIÓN AL ALUMNO	
TELÉFONO DE LA CASA ( )	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	TELÉFONO CELULAR ( )			
EL CONTACTO 3: (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)			<input type="checkbox"/> Alumno puede ser puesto en libertad a esta persona	RELACIÓN AL ALUMNO	
TELÉFONO DE LA CASA ( )	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	TELÉFONO CELULAR ( )			
<b>INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO</b>					
NOMBRE DEL MÉDICO			TELÉFONO ( )		
TIENE SU HIJO(A) SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No NOMBRE DE PROVEEDOR DEL SEGURO MÉDICO:			NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO MÉDICO		
NOMBRE DE DENTISTA			TELÉFONO ( )		
TIENE SU HIJO(A) SEGURO DENTAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No NOMBRE DE PROVEEDOR DEL SEGURO DENTAL:			NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO DENTAL		
<b>INFORMACIÓN MÉDICA</b>					
Por favor, indicar cualquier condición médica que pueda requerir atención durante el día en la escuela. La enfermera de la escuela trabajará con usted para elaborar un plan de cuidado para su hijo(a). (Una copia del Plan de Cuidado está disponible en la clínica de la escuela o la página web: <a href="http://health.arlingtonva.us/public-health/school-health">health.arlingtonva.us/public-health/school-health</a> )					
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD CON MEDICACIÓN TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN (ADD) TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (ADHD)	<input type="checkbox"/> ALERGIAS A LA COMIDA Liste los alérgenos: _____ <input type="checkbox"/> MEDICAMENTO EN LA CLÍNICA ESCOLAR <input type="checkbox"/> NO MANTIENE MEDICAMENTO LA CLÍNICA	<input type="checkbox"/> ALERGIAS (OTROS) Liste los alérgenos: _____ <input type="checkbox"/> MEDICAMENTO EN LA CLÍNICA ESCOLAR <input type="checkbox"/> NO MANTIENE MEDICAMENTO LA CLÍNICA			
<input type="checkbox"/> ALERGIAS A MEDICAMENTOS Liste los alérgenos: _____	<input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> MEDICAMENTO EN LA CLÍNICA ESCOLAR <input type="checkbox"/> NO MANTIENE MEDICAMENTO LA CLÍNICA	<input type="checkbox"/> CONVULSIONES <input type="checkbox"/> MEDICAMENTO EN LA CLÍNICA ESCOLAR <input type="checkbox"/> NO MANTIENE MEDICAMENTO LA CLÍNICA			
<input type="checkbox"/> DIABETES TIPO 1 <input type="checkbox"/> INSULINA & MCG/CGM <input type="checkbox"/> MCG/CGM SOLO <input type="checkbox"/> INSULINA SOLO <input type="checkbox"/> NI INSULINA NI MCG/CGM	<input type="checkbox"/> DIABETES TIPO 2	<input type="checkbox"/> OTROS PROBLEMAS MÉDICOS <input type="checkbox"/> MEDICAMENTO EN LA CLÍNICA ESCOLAR <input type="checkbox"/> NO MANTIENE MEDICAMENTO LA CLÍNICA			

**EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICAMENTOS DEBE SER COMPLETADO PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SE DEBEN ADMINISTRAR EN LA ESCUELA.**

**FIRMA DEL PADRE/ENCARGADO LEGAL: X** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

TRANSLATOR: STELLA MARTÍNEZ, INTAKE CENTER & LANGUAGE SERVICES

**IMPORTANTE: POR FAVOR NOTIFIQUE AL PERSONAL DE LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO EN ÉSTA INFORMACIÓN.**

**ARLINGTON PUBLIC SCHOOLS  
2018-19 STUDENT INFORMATION FORM**

**FOR STUDENTS REGISTERED  
AFTER JULY 1, 2018**



**STUDENT INFORMATION**

This form must be completed by the parent/legal guardian and returned on the **second day of school**. This information can be accessed through ParentVUE at: <https://vue.apsva.us>

**STUDENT Information Form Instructions**

**Welcome to the 2018-19 School Year!**

Please fill out the information on this form and return it to school staff on the **second day of school**.

You may also update student information online using ParentVUE, our online tool to help parents and guardians monitor their student's education.

- You should have already received a letter informing you of your ParentVUE login information. If you have not received this information, please go to [apsva.us/family-access-center](https://apsva.us/family-access-center) for more information about ParentVUE.
- You may access ParentVUE online at <https://vue.apsva.us>.

Please Note: Any additional telephone numbers and email addresses documented in the Student Information System may be viewed in ParentVUE.

**Instrucciones: Formulario de Información del ALUMNO**

**¡Bienvenidos al año escolar 2018-2019!**

Por favor llene la información en este formulario y devuélvalo al personal de la escuela, tal como se indica en el sobre/paquete del primer día; regréselo **el segundo día de clases**.

También puede actualizar la información del alumno en línea usando *ParentVUE*, una herramienta en línea para ayudar a los padres y tutores legales a monitorear la educación de sus hijos.

- Usted ya debe haber recibido una carta informándole de sus datos de acceso para *ParentVUE*. Si no ha recibido esta información, por favor visite el sitio web [apsva.us/family-access-center](https://apsva.us/family-access-center).
- Usted puede acceder a *ParentVUE* en línea en <https://vue.apsva.us>

Nota: Los números de teléfonos y correos electrónicos adicionales documentados en el Sistema de Información Estudiantil se pueden ver en *ParentVUE*.

<b>STUDENT NAME (LAST, FIRST)</b>		NAME GOES BY	GENDER DESIGNATED GENDER	M F M F X	BIRTH DATE (MM/DD/YY)	GRADE
HOME ADDRESS			ZIP CODE	HOME TELEPHONE ( )		
Is the student a dependent of a member of the: U.S. ACTIVE DUTY FORCES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO    U.S. RESERVE FORCES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO    U.S. NATIONAL GUARD (ACTIVE OR RESERVE)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO						
<b>PARENT/LEGAL GUARDIAN INFORMATION</b>						
<b>PARENT OR LEGAL GUARDIAN NAME (LAST, FIRST)</b>				EMAIL ADDRESS		
ADDRESS (IF DIFFERENT FROM STUDENT'S)						
HOME PHONE ( )	<input type="checkbox"/> Primary	WORK PHONE ( )	<input type="checkbox"/> Primary	CELL PHONE ( )	<input type="checkbox"/> Primary	<input type="checkbox"/> No Texts
Preferred language of communication:		Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		Do you need documents translated? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<b>PARENT OR LEGAL GUARDIAN NAME (LAST, FIRST)</b>				EMAIL ADDRESS		
ADDRESS (IF DIFFERENT FROM STUDENT'S)						
HOME PHONE ( )	<input type="checkbox"/> Primary	WORK PHONE ( )	<input type="checkbox"/> Primary	CELL PHONE ( )	<input type="checkbox"/> Primary	<input type="checkbox"/> No Texts
Preferred language of communication:		Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		Do you need documents translated? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<b>EMERGENCY CONTACT(S) (NOT LISTED ABOVE)</b>						
Health information about your child will be shared with this person ONLY as it relates to the specific reason he/she is being called.						
<b>CONTACT 1: (LAST NAME, FIRST NAME)</b>				<input type="checkbox"/> Student may be released to this contact	RELATIONSHIP TO STUDENT	
HOME PHONE ( )	WORK PHONE ( )		CELL PHONE ( )			
<b>CONTACT 2: (LAST NAME, FIRST NAME)</b>				<input type="checkbox"/> Student may be released to this contact	RELATIONSHIP TO STUDENT	
HOME PHONE ( )	WORK PHONE ( )		CELL PHONE ( )			
<b>CONTACT 3: (LAST NAME, FIRST NAME)</b>				<input type="checkbox"/> Student may be released to this contact	RELATIONSHIP TO STUDENT	
HOME PHONE ( )	WORK PHONE ( )		CELL PHONE ( )			
<b>PHYSICIAN/INSURANCE INFORMATION</b>						
STUDENT'S PHYSICIAN NAME				TELEPHONE NUMBER ( )		
DOES YOUR CHILD HAVE HEALTH INSURANCE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					HEALTH INS. ID NUMBER	
NAME OF HEALTH INSURANCE PROVIDER:						
STUDENT'S DENTIST NAME				TELEPHONE NUMBER ( )		
DOES YOUR CHILD HAVE DENTAL INSURANCE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					DENTAL INS. ID NUMBER	
NAME OF DENTAL INSURANCE PROVIDER:						
<b>STUDENT MEDICAL INFORMATION</b>						
Please indicate any current health condition(s) that may require attention during the school day. The school nurse will work with you to develop a care plan for your child. (A copy of the Care Plan is available from the School Clinic or the Arlington School Health website: <a href="http://health.arlingtonva.us/public-health/school-health/">health.arlingtonva.us/public-health/school-health/</a> )						
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD WITH MEDICATION	<input type="checkbox"/> ALLERGY TO FOOD List allergens: _____ <input type="checkbox"/> MEDICATION WITH SCHOOL CLINIC <input type="checkbox"/> NO MEDICATION WITH SCHOOL CLINIC		<input type="checkbox"/> ALLERGY (OTHER) List allergens: _____ <input type="checkbox"/> MEDICATION WITH SCHOOL CLINIC <input type="checkbox"/> NO MEDICATION WITH SCHOOL CLINIC			
<input type="checkbox"/> ALLERGY TO MEDICATION List allergens: _____	<input type="checkbox"/> ASTHMA <input type="checkbox"/> MEDICATION WITH SCHOOL CLINIC <input type="checkbox"/> NO MEDICATION WITH SCHOOL CLINIC		<input type="checkbox"/> SEIZURES <input type="checkbox"/> MEDICATION WITH SCHOOL CLINIC <input type="checkbox"/> NO MEDICATION WITH SCHOOL CLINIC			
<input type="checkbox"/> DIABETES TYPE 1 <input type="checkbox"/> INSULIN & CGM <input type="checkbox"/> CGM ONLY <input type="checkbox"/> INSULIN ONLY <input type="checkbox"/> NO INSULIN OR CGM	<input type="checkbox"/> DIABETES TYPE 2		<input type="checkbox"/> OTHER HEALTH CONDITIONS <input type="checkbox"/> MEDICATION WITH SCHOOL CLINIC <input type="checkbox"/> NO MEDICATION WITH SCHOOL CLINIC			

**A SEPARATE MEDICATION AUTHORIZATION FORM MUST BE COMPLETED FOR ANY MEDICATION(S) TO BE GIVEN AT SCHOOL.**

**PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: X** \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

IMPORTANT: PLEASE NOTIFY SCHOOL STAFF OF ANY CHANGES TO THE ABOVE INFORMATION

UPDATED 7/18, SCR