



# Wachusett Regional School District

Holden, Paxton, Princeton, Rutland, Sterling

## Protocolo de Residencia e Inscripción

Para asistir a las escuelas del Distrito Escolar Regional de Wachusett, un estudiante debe residir en una de las cinco ciudades: Holden, Paxton, Princeton, Rutland o Sterling. Se presume que la residencia del niño menor de edad es la residencia principal legal de los padres o tutores que tienen la custodia física del niño.

“**Residencia**” es el lugar principal donde una persona habita de forma permanente, no temporal, y es el centro de su vida doméstica, social y cívica. La residencia temporal en cualquiera de los pueblos incluidos en el Distrito, con el único propósito de asistir a las escuelas del Distrito de Wachusett, no se considerará como residencia.

Para determinar la residencia, el Distrito Escolar Regional de Wachusett se reserva el derecho de solicitar una documentación diversa y realizar una investigación sobre dónde reside realmente un estudiante. Debido a que la residencia puede cambiar, y lo hace, para los estudiantes y sus familias durante el transcurso del año académico, el Distrito Escolar Regional de Wachusett puede continuar verificando la residencia después del comienzo de las clases.

### Verificación

Antes de que cualquier niño sea asignado o invitado a asistir a una escuela en el Distrito Escolar Regional de Wachusett, su padre o tutor legal debe proporcionar un artículo de cada columna en la siguiente tabla como prueba de residencia principal. Las solicitudes de registro no pueden procesarse sin estos documentos.

Columna A (debe proporcionar uno)	Columna B (debe proporcionar uno)	Columna C (debe proporcionar uno)
<b>Evidencia de la residencia</b>	<b>Evidencia de alquiler</b>	<b>Evidencia de la Identificación</b>
Registro de pago de hipoteca reciente y/o factura de impuesto a la propiedad	Factura reciente fechada dentro de los últimos 60 días que muestre la dirección dentro del WRSD.	Licencia de conducir válida
Copia del contrato de arrendamiento y registro del pago de alquiler reciente	Factura del gas	Tarjeta de identificación con una foto de MA válida
Declaración jurada del propietario y pago de alquiler reciente	Factura de calefacción	Pasaporte válido
Acuerdo de la Sección 8	Factura de electricidad	
	Factura de teléfono de casa (no de teléfono celular)	
<b><u>Para toda construcción nueva</u></b> , se debe proporcionar un Certificado de Alquiler	Factura del cable	
	Factura de impuestos especiales	

**Más aclaraciones:**

A cualquier estudiante que tenga una residencia dividida debido a la custodia física compartida se le otorgará la inscripción en el Distrito y/o se le permitirá permanecer con una prueba de que el niño vive al menos el 50 % del tiempo dentro del Distrito. Un documento judicial que hace referencia a la custodia 50/50, verificará la condición de vida del niño.

**Esta política de residencia no se aplica a los estudiantes que no tienen un hogar.**

Cualquier familia que pueda proporcionar las pruebas de residencia requeridas, puede descargar el formulario de inscripción y otros documentos pertinentes, completarlos en su totalidad y pedir una cita directamente con la escuela en la que se inscribirá al niño.

Si sus circunstancias personales le impiden proporcionar la prueba de residencia requerida, consulte al Gerente de Servicios Estudiantiles en la Oficina Central, 1745 Main Street, Jefferson, Massachusetts. 508-829-1670 x 237.

Si usted comparte la vivienda con un amigo o pariente, puede utilizar la declaración jurada de arrendador/arrendamiento compartido para cumplir con uno de los requisitos de prueba de residencia. La persona con la que usted vive debe completar la declaración jurada de residencia para afirmar su residencia. Si usted reside temporalmente con un amigo o pariente debido a dificultades económicas, pérdida de vivienda o una razón similar, usted puede calificar como persona que no tiene un hogar, según la Ley "Que Ningún Niño se Quede Atrás" ("No Child Left Behind"). Las familias que no tienen un hogar no están obligadas a presentar la misma prueba de residencia. Por favor, comuníquese con el Gerente de Servicios Estudiantiles en la Oficina Central, 1745 Main Street, Jefferson, Massachusetts, al 508-829-1670 x 237, para recibir ayuda al registrar a su hijo.

**Sanciones**

Las familias que violen la política de residencia enfrentarán sanciones estrictas, que incluyen:

- Rechazo inmediato de la escuela.
- Multas diarias por los servicios educativos y relacionados con los que se accede como no residente, las cuales se basan en la cantidad de días que el estudiante asistió a la escuela y el costo promedio por alumno para el distrito.
- Posible acción legal

Los siguientes documentos deberían ser completados en su totalidad. Luego, se puede hacer una cita con la escuela para enviar los documentos completados para su consideración e inscripción.



# Wachusett Regional School District

Holden, Paxton, Princeton, Rutland, Sterling

## REGISTRO DEL ESTUDIANTE

Información del estudiante (por favor escriba con claridad)

Nombre: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer nombre* *Segundo nombre*

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela a la que asistirá su hijo(a): \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Nivel de grado al ingresar: \_\_\_\_\_

Escuela previa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela previa: \_\_\_\_\_  
*Calle* *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Dirección de la casa

Calle, Apartamento, Suite: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo:

Calle, Apartamento, Suite: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Información adicional de correo

Nombre, Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Información adicional

¿Existe documentación relacionada con el estado de separado/divorciado y los derechos de custodia?  Sí  No

¿Es el estudiante un hijo adoptivo bajo la División de Servicios Sociales de Massachusetts?  Sí  No

¿Es el estudiante "Tutelado judicial"?  Sí  No

Información federal sobre etnicidad y raza

¿Este estudiante es hispano o latino?  Si  No

Raza del estudiante:  A) Asiático  (N) Negro / Afroamericano  (I) Indio americano / Nativo de Alaska

(P) Hawaiano nativo / Otro isleño del Pacífico  (B) Blanco

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

**Información de la familia (por favor, escriba con claridad)**

El estudiante reside con:  Ambos Padres  Madre  Padre  Tutor  Otros

Padres son:  Juntos  Separados  Divorciados  Fallecidos

¿Un padre o tutor ha estado en servicio militar activo en el último año? (Opcional)  Si  No

Madre _____ Teléfono del hogar _____ Teléfono celular _____ Dirección de correo electrónico _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____	Madre _____ Teléfono del hogar _____ Teléfono celular _____ Dirección de correo electrónico _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____
---	---

Padrastro/madrastra \_\_\_\_\_

Padrastro/madrastra \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar del Padrastro/de la Madrastra: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar del Padrastro/de la Madrastra: \_\_\_\_\_

Celular del Padrastro/de la Madrastra: \_\_\_\_\_

Celular del Padrastro/de la Madrastra: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del Padrastro/de la Madrastra: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del Padrastro/de la Madrastra: \_\_\_\_\_

Padrastro Empleador/Madrastra Empleadora: \_\_\_\_\_

Padrastro Empleador/Madrastra Empleadora: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo del padrastro/de la madrastra: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo del padrastro/de la madrastra: \_\_\_\_\_

Otro Tutor \_\_\_\_\_

Otro Tutor \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar del Otro Tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar del Otro Tutor: \_\_\_\_\_

**Información de contacto de emergencia (distinto al de los padres)**

Contacto 1 de Emergencia: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono del Contacto 1 de Emergencia: \_\_\_\_\_

Trabajo  Hogar  Celular

Contacto 2 de Emergencia: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono del Contacto 2 de Emergencia: \_\_\_\_\_

Trabajo  Hogar  Celular

Doctor: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Condición médica: \_\_\_\_\_

**Información del mensajero escolar**

*School Messenger es un sistema automatizado de notificación telefónica utilizado por las escuelas para comunicarse con los padres en caso de cancelaciones o retrasos debido al clima inclemente, así como de los eventos importantes que se realizan en la escuela o el distrito. Las notificaciones se enviarán al número de teléfono principal que figura en la primera página del formulario de registro.*

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



# Wachusett Regional School District

Holden, Paxton, Princeton, Rutland, Sterling

## Encuesta sobre el idioma del hogar

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Las leyes estatales y federales exigen que *todas* las escuelas determinen los idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante para identificar sus necesidades lingüísticas específicas. Esta información es esencial para que las escuelas le proporcionen una instrucción significativa a todos los estudiantes. **Si en el hogar se habla un idioma que no sea inglés, el distrito debe realizar una evaluación adicional de su hijo.** Por favor, ayúdenos a cumplir con este requisito importante respondiendo las siguientes preguntas con precisión. Gracias por su ayuda.

### Información del estudiante

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  F  M  
Género

País de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Fecha de inscripción por primera vez en CUALQUIER escuela de los EE. UU. (mm/dd/aaaa)

### Información de la escuela

Fecha de inicio en la nueva escuela (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Nombre de la antigua escuela y ciudad \_\_\_\_\_ Grado actual \_\_\_\_\_

### Preguntas para los Padres / Tutores

¿Cuál es el idioma nativo de cada padre/tutor? (encierre UNO con un círculo) _____ _____ madre / padre / tutor	¿Qué idiomas se hablan con su hijo? (incluya familiares - abuelos, tíos, tías, etc. - y cuidadores) _____ _____ rara vez / a veces / a menudo / siempre
¿Qué idioma entendió y habló su hijo(a) por primera vez? _____	¿Qué idioma utiliza <u>más</u> con su hijo(a)? _____
¿Qué otros idiomas conoce su hijo(a)? (encierre en un círculo todo lo que corresponda) _____ _____ hablar / leer / escribir	¿Qué idiomas usa su hijo? (encierre UNO con un círculo) _____ _____ rara vez / a veces / a menudo / siempre
¿Usted necesitará información escrita de la escuela en su idioma nativo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Necesitará un intérprete/traductor en las reuniones de padres y profesores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Firma del Padre / Tutor: x _____	_____ La fecha de hoy (dd/mm/aaaa)



# Wachusett Regional School District

Holden, Paxton, Princeton, Rutland, Sterling

## SOLICITUD DE REGISTROS ESTUDIANTILES

A QUIEN LE PUEDA INTERESAR:

Mediante la presente doy permiso de:

---

---

---

Enviar los registros que se especifican a continuación y que pertenecen a:

\_\_\_\_\_  
Nombre de estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

- Transcripción del registro
- Puntajes de pruebas estandarizadas
- Registro de salud (incluyendo las vacunas)
- Programa Educativo Individualizado y evaluaciones relacionadas
- Otra información de orientación disponible (es decir, evaluaciones de profesores/consejeros, actividades extracurriculares, etc.)
- Registro disciplinario
- Estudiante del Idioma Inglés (Información del ELL)
- Otro (por favor, especifique)

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor o Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Enviar a la escuela para inscribirse:** \_\_\_\_\_

---

---

# HISTORIA DEL DESARROLLO DEL JARDÍN DE INFANCIA DEL DISTRITO

## ESCOLAR REGIONAL DE WACHUSETT

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Masculino  Femenino

Apellido Primer Segundo

Dirección de la casa \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Cree que su hijo se retrasó en alguno de los siguientes?:

Al sentarse Sí  No  Entrenamiento para utilizar el baño Sí  No

Al gatear Sí  No  Alimentándose a sí mismo(a) Sí  No

Al caminar Sí  No  Nacimiento prematuro Sí  No

Al utilizar palabras simples Sí  No  Entrega normal Sí  No

Al utilizar las oraciones completas Sí  No  Comentarios: \_\_\_\_\_

¿Ha asistido su hijo(a) al preescolar? Sí  No  ¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

*Las siguientes preguntas se refieren a problemas en áreas como la audición, la visión, el habla, el lenguaje y el desarrollo físico, intelectual, social y emocional.*

¿Tiene algún motivo para sospechar que su hijo(a) podría necesitar servicios especiales o consideraciones en su entorno escolar o currículo? Sí  No  De ser Sí, por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo(a) ha sido evaluado por alguna condición o problema que pueda tener relación con el desempeño escolar? Sí  No  De ser Sí, por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Se llevaron a cabo las recomendaciones? Sí  No  Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Estaría disponible la información sobre esta evaluación y/o tratamiento para el personal escolar apropiado? Sí  No  De ser Sí, por favor, indique los nombres y las direcciones de las personas o agencias de las que se puede obtener esta información: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo(a) actualmente inscrito en algún programa escolar especial? Sí  No

De ser Sí, por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Qué palabras describen mejor a su hijo(a)?

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> tímido(a)   | <input type="checkbox"/> seguro de sí mismo | <input type="checkbox"/> cooperativo(a) |
| <input type="checkbox"/> feliz       | <input type="checkbox"/> celoso(a)          | <input type="checkbox"/> cariñoso(a)    |
| <input type="checkbox"/> excitable   | <input type="checkbox"/> nervioso(a)        | <input type="checkbox"/> negativo(a)    |
| <input type="checkbox"/> hablador(a) | <input type="checkbox"/> otro _____         |   |

¿Qué mano prefiere su hijo(a)?  derecha  izquierda

¿Qué palabras describen mejor los sentimientos de su hijo(a) acerca de venir a la escuela?

- |                                      |                                       |                                     |                                |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> entusiasta  | <input type="checkbox"/> entusiasta   | <input type="checkbox"/> miedoso(a) | <input type="checkbox"/> feliz |
| <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> aprensivo(a) | <input type="checkbox"/> otro _____ |                                |

¿Los extraños entienden fácilmente el habla de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿(Ella/El) tiene dificultad para hablar? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) algún temor?, tal como:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> tormentas eléctricas | <input type="checkbox"/> estar solo(a)           |
| <input type="checkbox"/> la oscuridad         | <input type="checkbox"/> perros u otros animales |
| <input type="checkbox"/> ruidos               | <input type="checkbox"/> otro _____              |

¿Tiene su hijo(a) algún problema especial?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> visión                     | <input type="checkbox"/> oído                               | <input type="checkbox"/> comiendo      |
| <input type="checkbox"/> morder las uñas            | <input type="checkbox"/> chuparse los dedos                 | <input type="checkbox"/> mojar la cama |
| <input type="checkbox"/> discurso                   | <input type="checkbox"/> testarudez                         | <input type="checkbox"/> rabietas      |
| <input type="checkbox"/> "accidentes" en pantalones | <input type="checkbox"/> alergias ambientales (polen, etc.) |  |
| <input type="checkbox"/> otros                      | Si es así, por favor, enumere _____                         |  |

¿Tiene su hijo(a) alguna condición física que le impida participar en un programa de jardín de infancia activo?

Sí  No  De ser Sí, por favor, explique: \_\_\_\_\_

Su hijo(a) juega con:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> hermano/hermana   | <input type="checkbox"/> solo(a)              | <input type="checkbox"/> niños más pequeños/niñas más pequeñas |
| <input type="checkbox"/> niños(as) mayores | <input type="checkbox"/> niños(as) del barrio | <input type="checkbox"/> un amigo cercano                      |

¿Ha tenido su hijo(a) alguna de las siguientes experiencias?

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> biblioteca     | <input type="checkbox"/> parque público | <input type="checkbox"/> playa      |
| <input type="checkbox"/> viaje en avión | <input type="checkbox"/> viaje en bus   | <input type="checkbox"/> banco      |
| <input type="checkbox"/> acampar        | <input type="checkbox"/> viaje en tren  | <input type="checkbox"/> otro _____ |

¿Puede su hijo(a):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> chasquear                               | <input type="checkbox"/> usar la cremallera                   | <input type="checkbox"/> el botón                                 |
| <input type="checkbox"/> amarrarse los zapatos                   | <input type="checkbox"/> se viste por sí solo(a)              | <input type="checkbox"/> se queda voluntariamente con un pariente |
| <input type="checkbox"/> se queda voluntariamente con una niñera | <input type="checkbox"/> se ocupa de las necesidades del baño | <input type="checkbox"/> se queda voluntariamente con otros       |

Su hijo(a) usa en casa:

- |                                       |                                   |  |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> tijeras      | <input type="checkbox"/> crayones | <input type="checkbox"/> pegar o pegamento |
| <input type="checkbox"/> rompecabezas | <input type="checkbox"/> lápices  | <input type="checkbox"/> pintar            |
| <input type="checkbox"/> arcilla      | <input type="checkbox"/> bloques  | <input type="checkbox"/> libros            |

Experiencias escolares anteriores:

- |   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Head Start (Ventaja)                         | <input type="checkbox"/> escuela religiosa | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> guardería- ¿dónde y por cuánto tiempo? _____ |  |                                  |

Por favor, describa brevemente la experiencia de guardería/preescolar de su hijo(a): \_\_\_\_\_

¿Podemos tener permiso para comunicarnos con el preescolar de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Es su hijo(a) capaz de:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> identificar colores                 | <input type="checkbox"/> escribir su nombre claramente       | <input type="checkbox"/> contar hasta 10                                |
| <input type="checkbox"/> contar más de 10                    | <input type="checkbox"/> identificar los números del 1-10    | <input type="checkbox"/> contar los objetos hasta 10 identificar los    |
| <input type="checkbox"/> números del 10-20                   | <input type="checkbox"/> identificar las letras del alfabeto | <input type="checkbox"/> contar los objetos hasta 20 escuchar y sigue   |
| <input type="checkbox"/> instrucciones                       | <input type="checkbox"/> identificar las formas              | <input type="checkbox"/> recoger todo después de terminar una actividad |
| <input type="checkbox"/> completar las tareas                | <input type="checkbox"/> decir su nombre completo            | <input type="checkbox"/> decir su número de teléfono                    |
| <input type="checkbox"/> comenzadas se ocupa con             | <input type="checkbox"/> decirlo de izquierda a derecha      | <input type="checkbox"/> sentarse y escuchar una historia               |
| <input type="checkbox"/> juegos tranquilos dice su dirección |  |   |

Gracias por tomarse el tiempo de proporcionarnos esta información. Su cooperación es apreciada. Si hay alguna otra información que crea que la escuela debería saber, anótela al final de esta hoja.

Información suministrada por:

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

\_\_\_\_\_  
Relación con el estudiante  
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

\_\_\_\_\_  
Fecha

GRADO \_\_\_\_\_ CERT. DE NACIMIENTO VERIFICADO \_\_\_\_\_ INICIALES DE LA ENFERMERA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



El nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_

Por favor, marque una opción si su hijo(a) tiene alguno de los siguientes y explique a continuación:

**SALUD GENERAL:**

¿Hospitalizaciones/Operaciones? \_\_\_\_\_

¿Bajo el cuidado de un médico especialista? \_\_\_\_\_

¿Toma medicación regularmente? Sí/No

De ser sí, ¿para qué se toman los medicamentos? \_\_\_\_\_

¿Alguna restricción física? \_\_\_\_\_

¿Duerme bien? \_\_\_\_\_

¿Buen apetito? \_\_\_\_\_

¿Algún accidente/fractura/lesión? \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:**

Comida: \_\_\_\_\_

Abejas: \_\_\_\_\_

Latex: \_\_\_\_\_

Eccema: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Gluten: \_\_\_\_\_

Estacional: \_\_\_\_\_

Epi-Pen prescrito: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

**RESPIRATORIO:**

¿Asma? \_\_\_\_\_

¿Uso regular del inhalador? \_\_\_\_\_

¿Uso del nebulizador? \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

**VACUNAS:**

Actualizadas: \_\_\_\_\_

Exenciones o aplazamiento de vacunas: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

**OÍDOS, NARIZ, GARGANTA:**

¿Infecciones de oído frecuentes? \_\_\_\_\_

¿Problemas de audición/habla? \_\_\_\_\_

¿Tubos para los oídos? \_\_\_\_\_

¿Frecuente faringitis estreptocócica? \_\_\_\_\_

¿Sangrados nasales frecuentes? \_\_\_\_\_

¿Problemas dentales? \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

**URINARIO / GASTROINTESTINAL:**

Infecciones de las vías urinarias (UTI, en inglés) frecuentes: \_\_\_\_\_

Dolor al orinar: \_\_\_\_\_

Dolor al defecar: \_\_\_\_\_

Problemas de estreñimiento: \_\_\_\_\_

Dolores de estómago frecuentes: \_\_\_\_\_

Intolerancia a la comida: \_\_\_\_\_

¿Capacidad para limpiar/ir al baño de forma independiente? Sí/No

Explique: \_\_\_\_\_

**PIEL:**

Erupciones frecuentes: \_\_\_\_\_

Eccema: \_\_\_\_\_

Urticaria: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

**OJOS:**

Usa anteojos/lentes de contacto: \_\_\_\_\_

Seguido por un oftalmólogo por problemas de visión: \_\_\_\_\_

Si es así, nombre del médico: \_\_\_\_\_

Examen de la vista de la escuela recomendado: \_\_\_\_\_

**CARDIOVASCULAR:**

Cualquier problema cardíaco actual/pasado: \_\_\_\_\_

Seguido por el cardiólogo: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

**ESQUELÉTICO:**

Quejas de dolores en piernas, brazos, espalda o articulaciones: \_\_\_\_\_

Cualquier problema de espalda/escoliosis: \_\_\_\_\_

Cualquier problema de cojera/cadera: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

**NOTA: No se puede administrar ningún medicamento en la escuela sin órdenes escritas del médico y la firma de los padres. Consulte la política y los formularios de pedidos de medicamentos.**

**Firma del Padre/Tutor:**

Fecha: \_\_\_\_\_

## Examen del proveedor de servicios de salud

Nombre \_\_\_\_\_ Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Historial médico

Antecedentes familiares pertinentes

### Problemas de salud actuales

S	N			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias: Por favor enumere: Medicaciones _____ Comida _____ Otro _____		
		Historia de anafilaxia a _____ Epi-Pen®: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma: Plan de acción para Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Por favor, adjunte)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno convulsivo: _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (Por favor, especifique) _____		

Medicamentos actuales (si son relevantes para la salud y seguridad del estudiante) Por favor, marque con un círculo aquellos administrados en la escuela; se necesita un formulario de pedido de medicamentos por separado para cada medicamento administrado en la escuela.

### Examen físico

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ ( %) Peso: \_\_\_\_\_ ( %) Índice de masa corporal: \_\_\_\_\_ ( %) Presión Arterial: \_\_\_\_\_

(Revisión = Normal / Si es anormal, por favor, describala).

<input type="checkbox"/> General	<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Extremidades
<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Neurológico
<input type="checkbox"/> Toda la cabeza	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Dental/Oral	<input type="checkbox"/> Genitales	

### Revisión

Visión:	Aprobada	Reprobada	Oído:	Aprobado	Reprobado
Ojo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oído derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oído izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación postural (escoliosis/cifosis/lordosis):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estereopsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Resultados de Laboratorio:

Guiar \_\_\_\_\_   Fecha \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Todo el examen fue normal:

Pruebas cutáneas de Tuberculina (TB, en inglés):  Riesgo medio a alto (exposición a TB; nacido, vivido, viaje a países endémicos de TB; factores de riesgo médicos): Fecha de la prueba PPD: \_\_\_\_\_; Resultados: \_\_\_\_\_ mm.

Remitido para evaluación a: \_\_\_\_\_  Bajo riesgo (no se hace PPD)

Este estudiante tiene los siguientes problemas que pueden afectar su experiencia educativa:

<input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/> Habla/Idioma	<input type="checkbox"/> Déficit de la motricidad fina/gruesa
<input type="checkbox"/> Emocional/social	<input type="checkbox"/> Comportamiento	<input type="checkbox"/> Otro	

Comentarios/Recomendaciones: \_\_\_\_\_

S  N Este estudiante puede participar plenamente en el programa escolar, incluyendo la educación física y los deportes competitivos. De ser no, por favor enumere las restricciones:

S  N Las vacunas están completas: De ser no, dé la razón: Adjunte el Certificado del Sistema de Información de Vacunación de Massachusetts u otro registro de vacunación completo.

Nombre del examinador escrito con claridad	Firma del examinador	Marque en un círculo: MD, DO, NP, PA	Fecha
---	----------------------	---	-------

Grupo/Práctica	Teléfono
----------------	----------

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

**Departamento de Salud Pública de Massachusetts  
CERTIFICADO DE INMUNIZACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Si se administra una vacuna combinada, indique el tipo de vacuna (por ejemplo, DTaP-Hib, etc.)

Vacuna		Fecha/Tipo de vacuna	Vacuna		Fecha/Tipo de vacuna
<b>Hepatitis B</b> (por ejemplo, HepB-Hib, DTaP-HepB-IPV)	1		<b>Haemophilus influenza tipo b</b> (por ejemplo, Hib, Hib, DTaP-Hib)	1	
	2			2	
	3			3	
		4			
<b>Difteria, Tétanos, Tos ferina</b> (por ejemplo, DTaP, DT, DTaP-Hib, DTaP-HepB-IPV, Td)	1		<b>Sarampión, Paperas, Rubéola</b>	1	
	2			2	
	3		<b>Varicela (Var)</b>	1	
	4			2	
	5			1	
	6		<b>Hepatitis A (HepA)</b>	1	
	7			2	
<b>Polio</b> (por ejemplo, IPV, DTaP-HepB-IPV)	1		<b>Neumocócica Polisacárido (PPV23)</b>	1	
	2			2	
	3		<b>Influenza Inactivada (Intramuscular) o Viva (Intranasal)</b>	1	
	4			2	
<b>Neumocócica Conjugada (PCV7)</b>	1		<b>Otra:</b>	3	
	2				
	3				
	4				

Prueba serológica		Marque una	
Prueba (si fue)	Fecha de la prueba	Positiva	Negativa
Sarampión	/ /		
Paperas	/ /		
Rubéola	/ /		
Varicela*	/ /		
Hepatitis B	/ /		
* También debe marcar la casilla del historial			

**Historia de la varicela**

Marque la casilla si esta persona tiene un historial confiable de varicela certificado por un médico.

La historia confiable puede basarse en:

- la interpretación del médico de la descripción del padre/tutor de la varicela
- diagnóstico físico de varicela, o
- prueba serológica de inmunidad

Certifico que esta información de vacunación se transfirió de los registros médicos de la persona mencionada anteriormente.

Nombre del médico o de la enfermera (por favor, escriba con claridad) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre de la Instalación/del consultorio: \_\_\_\_\_