

Para ser completado por la escuela:

Asignación del maestro _____ salón de clases _____ Autobús _____
 ITS _____ Identificación del Estudiante # _____
 Fecha _____ Año escolar _____ / _____

ESCUELAS PÚBLICAS DE LA CIUDAD DE FREDERICKSBURG – FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

¿Ha asistido el estudiante previamente a las Escuelas Públicas de la Ciudad de Fredericksburg? **¿ Sí y No**

En caso afirmativo, nombre de la escuela _____

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
 (Ultimo) (Primero)

¿ Masculino
 (Medio) ¿ Mujer

Género:
 ¿ Masculino
 ¿ Mujer

NOMBRE PREFERIDO DEL ESTUDIANTE: _____ CALIFICACIÓN: _____

Fecha de nacimiento: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD _____ ESTADO _____ PAÍS _____

CONEXIONES MILITARES: GUARDIA NACIONAL O RESERVAS

CAMBIO
 DEPENDIENTE y No militar conectado y Servicio activo a tiempo completo y Guardia Nacional o Reserva
 ESTADO

DIRECCIÓN: _____
 (Calle) (n.º de apartamento)

 (Ciudad) (Estado) (Código postal)

¿Está usted en una situación de vivienda temporal? y Sí (En caso afirmativo, marque la residencia nocturna) y No

Residencia nocturna: y Motel/Cámpers/Remolque y Automóvil o edificio público y En espera de acogida
 y Refugio y Vive con otra familia debido a la pérdida de vivienda o dificultades financieras

EL ESTUDIANTE VIVE CON: (Marque todo lo que corresponda) **ETNIA:** (Marque uno)

y Padre y Madre _____
 (Nombre, Inicial, Apellido)

y Hispano o Latino
 y No hispano o latino

y Madre y Padre _____
 (Nombre, Inicial, Apellido)

RAZA: (Marque todo lo que corresponda)

y Madrastra _____
 (Nombre, Inicial, Apellido)

y Indio americano/nativo de Alaska
 y Negro o afroamericano
 y Blanco

y padraastro _____
 (Nombre, Inicial, Apellido)

y Nativo de Hawái/Otro
 y Isleño del Pacífico
 y asiático

y Guardián _____
 (Nombre, Inicial, Apellido)

y Padre adoptivo _____
 (Nombre, Inicial, Apellido)

Traducción requerida

Agencia de referencia _____

y Sí y No

INFORMACIÓN DEL PADRE SIN CUSTODIA: (si corresponde)

Nombre _____ Dirección _____

¿Orden judicial en archivo? y Sí y No Código postal _____

INFORMACIÓN DEL CONTACTO		
TELÉFONO	¿ MADRE ¿ PADRE ¿ OTRO	¿ MADRE ¿ PADRE ¿ OTRO
TELÉFONO DE CASA #		
CELDA #1		
CELDA #2		
TELÉFONO DEL TRABAJO #		
EMAIL		
OTRO		
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (PERSONAS AUTORIZADAS QUE PUEDEN RECOGER A SU HIJO - DISTINTOS DE LOS PADRES)		
NOMBRE	TELÉFONO	RELACIÓN
INFORMACIÓN MÉDICA		
Nombre del Dr.	Número de teléfono	
Dentista	Número de teléfono	
HERMANOS QUE ASISTEN A LAS ESCUELAS DE FREDERICKSBURG		
NOMBRE (Nombre, Inicial, Apellido)	CALIFICACIÓN	ESCUELA
TRANSPORTE PARA SU HIJO A LA ESCUELA		
Mañana ¿ Coche ¿ caminar ¿ Furgoneta de guardería ¿ Autobús escolar: _____ (dirección de entrega)	Tarde ¿ caminar ¿ Coche ¿ Furgoneta de guardería ¿ Autobús escolar: _____ (dirección de entrega)	
Nombre de la última escuela a la que asistió: _____		
Dirección: _____		
Servicios especiales recibidos: ¿ Educación especial ¿ Inglés como Segundo idioma ¿ Habla ¿ Dotados		
POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN SOBRE LA EXPERIENCIA PREESCOLAR DE SU HIJO		
Mi hijo asistió al preescolar en: ¿ Proveedor privado ¿ Head Start ¿ VPI ¿ Título 1 - PRE K ¿ Hogar con licencia/Cuidado diurno		
¿ SPED coordinado ¿ SPED solamente ¿ Sin PRE-K formal ¿ Gobierno - Matrícula cobrada		
¿Cuántas horas a la semana asistió su hijo al preescolar? ¿ Menos de 15 hrs./ semana ¿ No proporcionado		
¿ 15 - 29 h/semana ¿ 30 o más hrs./semana		
DECLARACIÓN DEL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: Por la presente juro y afirmo que el estudiante nombrado en el frente de este formulario no ha sido expulsado de la asistencia a la escuela en una escuela privada o en una división de escuelas públicas del Estado Libre Asociado u otra estado por una ofensa o violación de las políticas de la Junta Escolar relacionadas con armas, alcohol o drogas, o por infligir deliberadamente lesiones a otra persona. Entiendo que cualquier persona que haga una declaración de afirmación materialmente falsa será culpable al condena por un delito menor de Clase 3.		
Firma de los padres _____		Fecha _____
Firma del estudiante (grados 6-12) _____		Fecha _____

Escuela primaria Hugh Mercer y Escuela primaria superior Lafayette y Escuela secundaria Walker Grant y Escuela secundaria James Monroe

2100 Cowan Blvd.

3 carril de aprendizaje

1 carril de aprendizaje

2300 avenida Washington.

Teléfono: (540)372-1115 Fax:

Teléfono: (540)310-0029

Teléfono: (540)372-1145

Teléfono: (540)372-1100

(540)372-6753

Fax: (540)310-0671

Fax: (540)361-4078

Fax: (540)373-6584



Escuelas públicas de la ciudad de Fredericksburg
Calle Fernando 210

Fredericksburg, VA 22401

fbgschools.us

Fecha _____

PARA: y _____

Nombre de la escuela anterior

Número de teléfono de la escuela

Dirección de la escuela

FAX de la escuela #

Ciudad

Estado

Ciudad

SOLICITUD DE PERMISO PARA DIVULGAR EXPEDIENTES ESCOLARES

El siguiente estudiante se ha matriculado en las Escuelas Públicas de la Ciudad de Fredericksburg.

y Nombre del estudiante _____

y Fecha de nacimiento _____ y Grado _____

y _____
Firma de los padres

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

Envíenos la siguiente información, incluidos todos los registros (confidenciales) de Categoría I y Categoría II. Incluya también una interpretación de su sistema de calificaciones. **Si el estudiante se dio de baja después del comienzo de un período de calificaciones, indique las calificaciones obtenidas en ese período.**

y Identificador de prueba estatal

y Registro acumulativo

y Registros de Salud y Vacunación

y Expedientes disciplinarios

y Resultados de la prueba SOL

y Plan profesional/académico (solo MS y HS)

y Datos confidenciales (IEP, actas de

elegibilidad, información de pruebas, historial

social)

y Registros ESL

y Calificaciones hasta la fecha de retiro

y Acta de nacimiento

Enviado por fax a: _____

y 1 Solicitudo y 2

_____ Solicitudo

Gracias por su cooperación,

Firma del registrador

Fecha

Tenga en cuenta que ya no se requiere el permiso de los padres cuando el personal escolar autorizado solicita los registros. (Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia, Regla Final sobre Registros Educativos, Registro Federal, 17 de junio de 1976, Vol. 41, No. 118, página 24673.)

ACTUALIZACIÓN ANUAL DEL HISTORIAL DE SALUD DE FCPS

El nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Calificación _____
Madre/Guardián _____ Celular _____ Teléfono del trabajo _____
Padre/Tutor _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____
 Contacto de emergencia _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____
 Médico _____ Teléfono _____

Nuevo en FCPS. En caso afirmativo, última escuela a la que asistió: _____ Estado: _____

Plan 504 actual **IEP actual**

¿Toma su hijo algún medicamento de forma rutinaria? ___ SÍ NO

Nombre del medicamento: _____ Propósito: _____ Nombre del medicamento: _____ Toma en casa Toma en la escuela
 Propósito: _____ Propósito: _____ Toma en casa Toma en la escuela
 Nombre del medicamento: _____ Nombre del medicamento: _____ Toma en casa Toma en la escuela

Comuníquese con la enfermera de la escuela si su hijo debe tomar algún medicamento recetado o de venta libre en la escuela.

NO SI	CONDICIÓN	COMENTARIOS
	TDA/DAH	
	ALERGIAS <input type="checkbox"/> EpiPen en casa <input type="checkbox"/> EpiPen en la escuela	<input type="checkbox"/> Alergia a las abejas/insectos <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa <input type="checkbox"/> Alergia a la comida: _____ <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
	ASMA	Inhalador de rescate: <input type="checkbox"/> en casa <input type="checkbox"/> en la escuela en la clínica <input type="checkbox"/> en la escuela con estudiante nebulizador: <input type="checkbox"/> en casa <input type="checkbox"/> en la escuela en la clínica *El plan actual de atención del asma debe estar archivado cada año escolar si se necesitan medicamentos en la escuela.
	VEJIGA/INTESTINO PROBLEMAS	Por favor explique:
	DIABETES	<input type="checkbox"/> TIPO 1 <input type="checkbox"/> TIPO 2 *Los estudiantes con diabetes deben tener un Plan de atención de la diabetes actualizado en los archivos de la escuela todos los años.
	PROBLEMAS DEL CORAZON	Por favor explique:
	FÍSICO LIMITACIONES	<input type="checkbox"/> Equipo especial necesario en la escuela. Por favor enumere:
	CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> Como un infante <input type="checkbox"/> Actualmente toma medicamentos anticonvulsivos en casa. <input type="checkbox"/> Requiere medicación de emergencia para las convulsiones en la escuela.
	PROBLEMAS DEL HABLA	Por favor explique:
	VISIÓN/OÍDO PROBLEMAS	<input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Contactos <input type="checkbox"/> Audífono
	OTRO	

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Escuelas públicas de la ciudad de Fredericksburg

Evaluación creada por el EQUIPO de Salud Escolar PD 16

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE TUBERCULOSIS PARA TODOS LOS ESTUDIANTES NUEVOS - CONFIDENCIAL

NOMBRE: _____ LA ESCUELA PRIMARIA: _____

TUTOR: _____ FECHA: _____

El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan que se realicen pruebas de tuberculosis (TB) en todas las personas que puedan tener un mayor riesgo de TB. Por favor complete el siguiente formulario.

1. ¿Nació el estudiante en un país fuera de los Estados Unidos?
 No Sí En caso afirmativo, ¿de qué país? _____
2. ¿Ha pasado el estudiante tres o más meses consecutivos en un país extranjero en los últimos cinco años?
 No Sí En caso afirmativo, ¿de qué país? _____
3. ¿El estudiante ha estado expuesto o ha tenido contacto con una persona con TB activa en el último año?
 No Sí Si es así, ¿quién? _____
4. ¿Estuvo el estudiante sin hogar/encarcelado o vivió en un refugio durante los últimos dos años?
 No Sí
5. ¿Tiene el estudiante alguno de los siguientes: tos persistente, tos con sangre, fiebre por más de una semana, pérdida de peso inexplicable o infección por VIH?
 No Sí En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____
6. ¿Está el estudiante tomando actualmente esteroides orales (que no sean inhaladores), medicamentos para el tratamiento del cáncer o cualquier otro medicamento que podría debilitar su sistema inmunológico?
 No Sí En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____
7. ¿Alguna vez el estudiante ha tenido una prueba positiva de TB o ha sido tratado por enfermedad de TB activa o infección de TB latente?
 No Sí En caso afirmativo, por favor indique los detalles: _____

8. ¿Tiene el estudiante alguna de las siguientes condiciones médicas?

una. diabetes	No	Sí	Gastrectomía	Sí	g. Silicosis	Sí	No si
b. Desnutrición	No						No si
c. Cáncer	No						
d. Insuficiencia renal crónica	No	Sí					
e. Congénita o adquirida							
Inmunodeficiencia	No	Sí					

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA: Complete lo siguiente cuando la evaluación de riesgos contenga una o más respuestas positivas (sí). Regrese a la enfermera de la escuela.

Fecha de la prueba de tuberculosis: _____ -Tipo de prueba de TB: prueba cutánea de TB **O** IGRA (ensayo de liberación de interferón gamma)

Resultado de la prueba: _____ mm de induración (para TST) **O** resultado de IGRA: Positivo Negativo Indeterminado

CXR ordenado? No si _____ -En caso afirmativo, resultado: _____

¿Tratamiento proporcionado? No _____ Sí _____ -Si sí, ¿qué? _____

Nombre del proveedor de atención médica (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

I. Los estudiantes que ingresen a la escuela por primera vez o que regresen después de tres meses fuera de los Estados Unidos deben proporcionar documentación de un médico autorizado, enfermero practicante, asistente médico o enfermero registrado antes de ingresar a un:

A. Evaluación del riesgo de TB que documente el bajo riesgo de enfermedad de TB. Todas las respuestas de la evaluación de riesgos deben ser negativas. La vacuna BCG no excluye al estudiante de seguir el protocolo. - **O** -

B. Documentación de una prueba cutánea de TB (Mantoux) negativa o un ensayo de liberación de interferón gamma en los últimos 12 meses o después de la exposición. - **O** -

C. Documentación escrita de haber completado con éxito el tratamiento para la enfermedad de tuberculosis activa.

II. Los estudiantes serán excluidos de la escuela hasta que se cumpla con el requisito de la política de TB. Como parte de la evaluación de riesgos y el proceso de detección selectiva, surgen preguntas sobre la definición de "país de alta prevalencia" con el fin de completar la herramienta de evaluación de riesgos y determinar quién debe someterse a una prueba de tuberculosis (ya sea una prueba cutánea de tuberculina (TST) o una prueba de interferón). ensayo de liberación gamma (IGRA).

tercero Países con bajo riesgo de tuberculosis (definido como menos de 20 casos de tuberculosis por cada 100.000 habitantes)

Lista de excepciones actual: marzo de 2015 (tasas de casos del Informe mundial de la OMS de 2014)					
Prueba de infección de tuberculosis latente solo si hay síntomas o un factor de riesgo individual adicional está presente					
Región Africana	Región Americana Oriental	Mediterráneo	européo Región	Pacífico oeste Región	El sudeste de Asia Región
Egipto	Antigua y Barbuda Antillas Aruba bahamas barbados Bonaire, San Eustaquio y Saba Canadá Islas Caimán Chile Costa Rica Cuba curazao Dominica Granada Jamaica Montserrat Puerto Rico San Cristóbal y Nieves Santa Lucía San Martín (Holandés Parte) Islas Turcas y Caicos Estados Unidos Islas Vírgenes (EE.UU. y BR)	Baréin Israel Jordán Líbano Omán Arabia Saudita árabe sirio República Arabes unidos emiratos Cisjordania y Franja de Gaza	Albania Andorra Austria Bélgica Croacia Chipre República Checa Dinamarca Finlandia ex yugoslavo Republica de macedonia Francia Alemania Grecia Hungria Islandia Irlanda Italia luxemburgo Malta Mónaco Países Bajos Noruega San Marino Serbia Eslovaquia España Suecia Suiza Pavo Reino Unido	Samoa Americana Australia Islas Cook Japón Nueva Caledonia Nueva Zelanda Niue samoa Tokelau tonga Wallis y Futuna Islas	Sin excepción países