Westerly Public Schools
Central Registration
23 Highland Avenue
Babcock Hall
Westerly, RI 02891
401-315-1502 (llame para una cita)

Paquete de Registración

Documentos/Formas Requeridas para la Registración:

- Paquete de registración de estudiante completo (Pre-Escolar Y Jardín de infantes necesitan completar también Cuestionario de Desarrollo)
- Acta de Nacimiento original o Pasaporte
- Record de Vacunas y Físico
- Comprobante de Domicilio (Vea abajo)
- Documentos de Custodia (Si aplicable)
- Licencia de manejo de Padre o Tutor/ o identificación del estado

Para hacer una cita para registrar a su hijo deberías llamar la oficina de Registración al 401-315-1502

Si estas teniendo problemas presentando cualquieras de estas informaciones requeridas, déjenos saber cuándo programé su cita.

Formas Aceptadas de Comprobante de Residencia

- **Contrate de Renta/Alquiler/Estado de Hipoteca**
- **Recibo Corriente de Utilidad**
- **Recibo de Impuestos de Una Propiedad de Westerly**
- **Carta de Habitación de Estado**

¿Es una Familia Militar? Por Favor Marque uno de los Siguientes:

□ Activo **□ Guardia** **□ Reserva**

Es la política de Escuelas Públicas de Westerly no discrimina r en sus programas de educación, actividades, o políticas de empleo en base a la edad, color, genero, nacionalidad, raza, religión, orientación sexual, o discapacidad. Si acomodaciones especiales sean necesarias por favor llame al 401-315-1500, 48 horas por adelante.

Westerly Public Schools

Forma de Registración (por favor complete una forma por cada niño registrado)

INFORMACION DEL ESTUDIANTE SASID# LASID#

Nombre de Estudiante_____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Nombre Preferido_____ Genero **M/F** Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento_____ Grado de Entrada_____ Ano Escolar_____

STUDENT RESIDENCE INFORMATION

Dirección De Casa _____
Dirección Apt# Ciudad Estado Zip

Dirección De Correo (Si es diferente)_____Numero de Casa_____

¿Estas compartiendo Actualmente to casa con otra familia? Si No

¿Si, si tiene esta familia niños que atienden las escuelas de Westerly? Si No Si, si, nombre el estudiante/la escuela

Nombre De Estudiante	**Nombre De Escuela**	**Nombre de Estudiante**	**Nombre De Escuela**

INFORMACION DE JEFE DEL HOGAR FAMILIA#

El Estudiante vive con (circule uno): Ambos Padres Madre Padre Tutor
Otro_____

Estado de los padres of (circule uno): Casados Divorciado Viudo Separado/Soltero/Nunca Casado

¿Si divorciados, quien tiene la custodia legal? Padre Madre **(POR FAVOR INCLUYE COPIA DE DOCUMENTOS LEGALES)**

¿Hay acuerdo de custodia? Si Solo Compartidos

¿Hay Orden de Restricción? Si No Fecha de Expiración: _____

¿Eres padre biológico o padre adoptivo del niño? Si No ¿Si no, cual es la relación?: _____

Padre/Tutor

Nombre:_____

Dirección:_____

_____

Numero De Casa:_____

Celular:_____

Correo Electrónico:_____

Empleo:_____

Numero de Trabajo:_____

Madre/Tutor

Nombre:_____

Dirección:_____

_____

Numero De Casa:_____

Celular:_____

Email:_____

Empleo:_____

Numero de Trabajo:_____

Forma De Registración (Continuada)

MILITAR: ¿Tu o tu esposa son militares activos? YES _____

Por Favor índice su dependencia Militar (si aplica) _____

SERVICIOS ESPECIALES

¿Ha recibido alguno de los siguientes servicios? (Circula todos que aplican)

Educación para Talentosos Plan Individual de Educación(IEP) 504 Plan Individualizado de Acomodación

HERMANOS

¿Tiene su hijo hermanos que asisten a las Escuelas Públicas de Westerly?

Nombre	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela

INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

TIEMPO LOCAL PARA SER CONTACTADO OTROS DIFERENTE PADRES/TUTORES:
SOLAMENTE los siguientes adultos puede ser notificados y están autorizados para aceptar la responsabilidad por sus hijos en caso de enfermedad/emergencia o en el evento de que el niño salga de la escuela antes del cierre.

Relación	Nombre	Teléfono de casa	Celular
Relación	Nombre	Teléfono de casa	Celular
Relación	Nombre	Teléfono de casa	Celular

NECESSIDADES DE TRANPORTACION DE ESTUDIANTES

Necesita tu hijo/a transportación en silla de ruedas? Y N Cinturón/Arnés? (Si tiene un IEP) Y N

*Circula una por AM **and** una por PM*

AM:	Autobus	Walker	Llegada	**PM:**	Autobús	Walker	Recoger

En el evento de que se cierre la escuela temprano (mal clima) Y en el evento de que nadie esté en casa, mi hijo/a ha sido instruido a seguir este plan de contingencia:

SI NO HAY PLAN DE CONTINGENCIA tu hijo/a será llevado de regreso la escuela que atiende para esperar ser recogido por el padre o el contacto designado. POR ESTE CONSIENTE que la policía puede estar contactada

Yo certifico que he completado esta forma de registración con el mejor de mis conocimientos

Nombre: Relación: Fecha:

Escuelas Públicas de Westerly
Forma de identificación de Raza/Etnia

Nombre de Estudiante:

_____ _____ _____
Nombre *Segundo Nombre* *Apellido*

Género: ____Hombre___Mujer **Fecha De Nacimiento:_____** **Grado: _____**

Información de etnia/raza– Parte A & B Nuevas Preguntas por Mandato

Federal <u>Por Favor responda ambas preguntas</u>

Parte A – Etnia:

Es Latino/Hispano? (Escoge solo uno)

_____YES

_____NO

Parte B – Raza:

¿Qué es la raza del estudiante? *<u>(Escoja uno o más)</u>*

____Indio Americano/Nativo de Alaska

____Asiático

____Negro/Afro Americano

____Nativo Hawái/Otra Isla del Pacifico

____Blanco

Definición de Raza y Etnia.

Catergorias por reportes federales

<u>Etnia</u>

Hispano
- Una persona de origen Cubano, Mexicano, Puerto Roqueño, Sur/ Centro Americano o de otro origen de la cultura Española sin importar Raza

<u>Categorías de Raza:</u>

Indio Americano/Nativo de Alask
- Teniendo origines en cualquiera de los siguiente. Personas indígenas de América Norte/Sur (incluyendo centro) y que mantengan afiliado con un tribu o comunidad indígena

Asiático
- Una persona teniendo origines en algún de los siguiente, Medio Oriente, Sudoeste Asia or el sub-continente de India, o de lejano oriente. Por ejemplo, Camboya, China, India, Pakistán, Corea, Malasia, las Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

Negro o Afro-americano
- Una persona teniendo orígenes grupos de la raza negra de África

Nativo Hawaiano o Otra Isla Pacifica
- Una persona de origenes de Hawái Guam, Samoa, o otra isla del pacifico

White
- Persona teniendo origines en Europa, Medio Oriente, o África del Norte

_____ _____
Firma de Padre/Tutor *Fecha*

Agosto 2009

State of Rhode Island and Providence Plantations
DEPARTMENT OF ELEMENTARY AND SECONDARY EDUCATION
Shepard Building
255 Westminster Street
Providence, Rhode Island 02903-3400

Angélica Infante-Green
Commissioner

Home Language Survey (HLS)

To be completed by Parent or Guardian

Dear Parent or Guardian,

The information requested on this form is necessary for the most appropriate school placement of your child, and will not be used for any other purposes[1].

Thank you for your collaboration.

Student Name:		
First	*Middle*	*Last*
Date of Birth:		**Place of Birth[2]:**
Month *Day* *Year*		

Parent or Guardian Relationship to student:
☐ *Mother* ☐ *Father* ☐ *Other* _____

Home Language Code:

Language Background

(Please check all that apply)

1. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by the student?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	
2. What is the language most often spoken by the student?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	
3. What is the language that the student first acquired?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	
4. What language(s) does your child understand?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	
5. What language(s) does your child speak?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	☐ Does not speak
6. What language(s) does your child read?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	☐ Does not read
7. What language(s) does your child write?	☐ English ☐ Other	_____ *Specify*	☐ Does not write

[1] *Required by Rhode Island Law (R.I.G.L. § 16-54-2) and the Equal Educational Opportunity Act (20 U.S.C. §1703(f))*

[2] *Families are not required to provide the place of birth, but providing the information can help LEAs to better prepare to be culturally responsive.*

Last Updated: 4/30/2020

The R.I. Board of Education does not discriminate on the basis of age, sex, sexual orientation, gender identity/expression, race, color, religion, national origin, or disability.

Family Interview – Educational History

1. **Do you think your child may have any difficulties or conditions that affect his or her ability to understand, speak, read or write in English or any other language? If yes, please describe them.**

   Yes* ☐ No ☐ Not sure ☐ *If yes, please explain: _____

How severe do you think these difficulties are? ☐ Minor ☐ Somewhat severe ☐ Very severe

2a. Has your child ever been referred for a special education evaluation in the past? ☐ No ☐ Yes*

If referred for an evaluation, has your child been identified? ☐ No ☐ Yes

*If referred for an evaluation, and identified has your child ever received any special education services in the past?

☐ No ☐ Yes – Type of services received: _____

2b. Age at which services received (Please check all that apply):

☐ Birth to 3 years (Early Intervention) ☐ 3 to 5 years (Special Education) ☐ 6 years or older (Special Education)

2c. Does your child have an Individualized Education Program (IEP), or 504 plan? ☐ No ☐ Yes

3. In which language do you prefer to receive oral communications from the school or district? ☐ English ☐ Other _____ *Specify*

4. In which language do you prefer to receive written communications from the school or district? ☐ English ☐ Other _____ *Specify*

5. Indicate date first enrolled in ANY U.S. school _____ **(mm/dd/yyyy)**

Is there anything else you think is important for the school to know about your child? (e.g., special talents, health concerns, etc.)

_____

_____

_____ Month: _____ Day: _____ Year: _____

Signature of Parent or Guardian ***Date***

_____

Print Parent/Guardian Name

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLS

Name: _____ Position: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLS AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

Name: _____ Position: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____

Oral Interview Necessary: ☐ YES ☐ NO

Date of Individual Interview: _____ *Month Day Year*

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING THE LANGUAGE SCREENING ASSESSMENT

Name: _____ Position: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REPORTING THE LANGUAGE SCREENING SCORES

Name: _____ Position: _____

Date of Screener: _____ *Month Day Year*

Name of the Language Screening Assessment: _____

Score achieved: _____

Proficiency Level Achieved: Entering 1 ☐ / Beginning 2 ☐ / Developing 3 ☐ / Expanding 4 ☐ / Bridging 5 ☐ / Reaching 6 ☐

FOR STUDENTS WITH AN IEP OR 504 PLAN, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED:

Westerly Public Schools
23 Highland Avenue
Westerly, RI 02891

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION CONFINDENCIAL Y REPORTES

Reportes Para

☐ Dunns Corners School
8 1/2 Plateau Road
Westerly, RI 02891
Phone 401-348-2320
Fax 401-348-2325

☐ Springbrook School
39 Springbrook Road
Westerly, RI 02891
Phone 401-348-2296
Fax 401-348-2305

☐ State Street School
35 State Street
Westerly, RI 02891
Phone 401-348-2340
Fax 401-348-2345

☐ Westerly Middle School
10 Sandy Hill Road
Westerly, RI 02891
Phone 401-315-1601
Fax 401-348-2752

☐ Westerly High School
23 Ward Avenue
Westerly, RI 02891
Phone 401-315-1576
Fax 401-315-1611

☐ Central Registración
23 Highland Avenue
Westerly, RI 02891
Phone 401-315-1502
Fax 401-348-2707

Querido Señor(a):

El nombre del estudiante ha sido registrado en las escuelas públicas de Westerly. Estamos pidiendo que todos los records académicos y de salud sean enviados a la ubicación indicado arriba. Gracias por adelantado por atención inmediata a esta petición.

Sinceramente,
Dr. Mark Garceau
Superintendente

_____ _____
Nombré Legal Completo (segundo apellido si aplica) **Grado o Fecha de Graduación**

INFORMACION DE ESCUELA ANTERIOR

Por favor incluya una copia de esta petición con los reportes.

Nombre De Escuela: _____

Dirección: _____

Ciudad/Pueblo/CP: _____

Atención: _____

Numero de Teléfono: _____ *Fax:* _____

Para recibir los reportes necesarios de su hijo/a de la escuela anterior, es requerido que una forma de liberación sea firmada. La siguiente forma, firmada por el ***padre o tutor*** mencionado arriba, le da autorizo a la escuela de Westerly el permiso necesario para pedir y recibir cualquier o todos los reportes de la escuela anterior

Yo autorizo el descargo del reporte para el estudiante mencionado arriba a las escuelas de Westerly públicas.

Westerly Public Schools
Oficina de Educación
Especial
23 Highland Avenue
Westerly, RI 02891

Autorización para Descargo de Reportes de Educaciones Especial

Fecha: _____

Pertenecientes_____Fecha de Nacimiento:_____
(Nombre de el estudiante)

Yo autorizo al Departamento escolar de Westerly a_____descargar y/o_____obtener

de Nombre _____
(Nombre de Escuela, Facilidad Medical, Persona, Agencia, Organización)

Dirección_____Número de Teléfono_____

Documentation de Educacion Especial

_____Todos los reportes de educación Especial
_____Anuncio de Elegibilidad
_____IEP
_____Examen Psicológico
_____Examen Neuropsicológico
_____Examen Educacional
_____Examen Clínico Psicológico
_____Examen de Evaluación Psiquiátrica
_____Examen Neurológico
_____Exámenes Médicos
_____Exámenes Tecnológicos
_____Consultas
_____Resumen de la Evaluación del Equipo
_____Notas de Reuniones
_____ Notas de Salida
_____Historia Social
_____Examen de Lenguaje
_____Examen de Terapia Ocupacional
_____Examen de Terapia Física
_____Examen PE Adaptivo
_____Examen de Visión and Movilidad
_____Observaciones
_____Exámenes de conducta Funcional
_____Otros

Esta información e necesario por los siguientes propósitos;

_____

_____

Yo entiendo que la información descargada/ recibida por cualquiera de las partes identificadas arriba no pueden ser descargadas a una tercera parte sin autorización expresa escrita. Mas entiendo que cualquiera de los reportes en cual involucra alcohol, abuso de drogas, o pruebas di SIDA son procesadas bajo regulaciones federales 42 CFR, Confidencialidad de alcohol y de abuso de drogas, y ley publica de Rhode Island Ch. 88-405, Sec. 23.

Esta autorización será efectiva por un ano de la fecha firmada y puede retirada a cualquier tiempo

Firmado: _____ _____
Padre/Tutor Estudiante si sea 18

_____ _____
Relación Fecha

Requerimientos de Residencia

1. Política

1.1 Solo niños que residen en Westerly, residencia es definida por las leyes de Rhode Island General Laws 16-64-1, y quienes adultos que están legalmente bajo control y que residen con ellos y son permitidos a asistir a las escuelas públicas de Westerly.

1.2 Padres de estudiantes no residentes pueden solicitar por escrito al Superintendente de la escuela permiso para que el niño o los niños puedan asistir a las escuelas públicas de Westerly con un pago de colegiatura establecido por el Comité Escolar. No se proveerá transportación a los estudiantes que no son residentes.

1.3 Padres o tutores que se moverán de Westerly antes de que termine el año escolar pueden solicitar por escrito y antes de que termine el ciclo escolar permiso para que sus hijos terminen de asistir a las escuelas Públicas de Westerly en acuerdo con lo previsto en la Ley General de Rhode 16-64-8. Cuando los estudiantes cambien de domicilio su residencia durante el curso del semestre, los estudiantes deben ser permitidos a completar su semestre en Westerly. Si el estudiante es un senior o cerca de entrar a su ano de senior los estudiantes deberán ser permitidos a completar su ultimo ano en Westerly si el estudiante tiene los suficientes créditos que les permitan graduarse y completar su ultimo ano en Westerly cuando tengan suficientes créditos, que le dejara graduarse después de completar un ano adicional.

Padres o tutores que se estén mudando a Westerly un poco antes de que el año escolar empiece pueden pedir por escrito permiso para que les sea permitido a sus hijos a atender las escuelas públicas de Westerly. Dicha petición debe incluir acuerdo de compra venta o de arrendamiento del lugar de residencia y fecha planeada para ocupar esa residencia. Se les pedirá a los padres que se pague colegiatura el primer día de inicio de la escuela y deberá pagar como mínimo un cuarto. Si el padre se muda dentro de los primeros cuarenta y cinco días (45) días de escuela, se regresará el pago por completo. Si la residencia toma lugar después de los cuarenta y cinco días (45 días), el cargo deberá ser por día por todos los días que atendió como no residente.

2. Procedimiento

2.1 Comprobante de Residencia deberá ser requerido al momento de registrar al estudiante.

2.2 Cada principal deberá enviar al Superintendente de las Escuelas el nombre de cualquier estudiante in su escuela de quien sospeche que no es residente de Westerly

2.3 El Superintendente investigara cada referencia para asegurar que los requerimientos de residencia sean cumplidos

Adopted: October 3, 2001

Central Registration Office

23 Highland Avenue
Westerly, RI 02891
401-315-1509
Fax: 401-348-2707

DECLARACION DE RESIDENCIA

Debe ser completado entre 48 horas (dos días hábiles)

Debe ser firmado en la presencia de un Notario de las Escuelas Públicas de Westerly

El firmante, sea un padre o tutor de _____. un menor dependiente, aquí certifica que la siguiente información es verdadera, completa, y precisa. Es entendido que esta información será comprobada por las Escuelas Públicas de Westerly por el propósito de determinar la residencia del mencionado niño/a por propósitos de la escuela.

El comité Escolar requiere prueba de evidencia documentos de residencia como, contrato/acuerdo de renta, recibo de electricidad, etc.

Nombre del Nino/a_____

Residencia del Nino/a_____

Duración de la residencia del niño/a en esta dirección_____

Nombre de padre(s)_____

Dirección de los padre(s)_____

Si los padres residen en diferentes ciudad o pueblo, cual padre tiene la custodia del niño/a?

_____

Nombre de tutor legal_____

Dirección de tutor_____

Tutor designado por_____

Vive el niño/a con los padres o tutor legal? _____

¿Si el niño no vive con los padres o tutor legal, con quien se reside?

_____

Por favor diga la relación con el niño/a_____

Residencia de Nino/a durante el ultimo ano escolar_____

Si el niño no reside con padre o tutor legal, menciona las razones_____

_____

Entiendo que solamente los residentes de la ciudad de Westerly son elegibles para ser educados por la ciudad de Westerly sin cargo

_____

Declarante

STATE OF RHODE ISLAND, COUNTY OF WASHINGTON

Suscrito y jurado frente a mi este _____día de_____, _____por el individuo arriba mencionada por su libro acto y acción

_____Notario Publico

Westerly Public Schools

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION Y REPORTES CONFIDENCIALES

Por la presente autorizo a las escuelas públicas de Westerly para obtener/liberar la siguiente información marcada por los propósitos de registración de estudiante:

X	Marque las formas indicadas
	Comprobante de Vacunación
	Prueba de físico
	Análisis de plomo
	Análisis de Visión
	Resultados PPD
	Otro:

Los reportes serán liberados de:

Nombre de doctor: _____

Dirección: _____

Teléfono:_____Fax: _____

Entiendo que los reportes están protegidos bajo el acto de Privacidad y Confidencialidad del Estado para Información del Cuidado de Salud así como también los derechos Federales de Educación familiar y actos de privacidad, y otras leyes federales y estatales; que estoy de acuerdo indemnizarte por cualquier reclamación concerniente a esta liberación; declaro que cualquier información dada o recibida no deberá ser compartida a nadie mas sin obtener primero un consentimiento adicional por escrito.

Esta autorización puede ser retirada por escrito en cualquier tiempo. Esta autorización expedirá seis (6) meses de la fecha de abajo. Reproducción mecánica de esta autorización será aceptada como una original.

Nombre de Estudiante:_____Fecha Nac: _____

Dirección Actual: _____

Aprobado por: _____

Nombre Fecha

Relación con el estudiante: _____

Firma: _____

Rechazo:_____Fecha :_____

Department of Health

Three Capitol Hill Providence, RI 02908-5097

TTY: 711

www.health.ri.gov

Permission to provide information to KIDSNET

KIDSNET is a Department of Health information system containing healthcare information, including immunization and lead screening records. The information is shared with authorized healthcare professionals like school nurses and doctors to help assure that children are up to date on immunizations and other preventive health services. Signing this form gives your school nurse permission to share your address and/or immunization information with KIDSNET to help coordinate your health care and assure you have met the immunization requirements for school entry.

I,_____, hereby consent and grant to
(name)
_____permission to provide
(name of school)

Check all that apply:

_____Address

_____Immunization information

to the Rhode Island Department of Health, KIDSNET Program, 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908 for the purpose of health care coordination, including correspondence with parents or guardians and assuring that all healthcare providers responsible for verifying immunization status have complete and accurate information:

Student Name: _____

Mailing Address: _____

_____

In signing this consent form, the student and/or the student's parent or legal guardian agrees to permit the release of these records.

_____
Signature of Parent/legal guardian
(for students under age 18)

_____
Signature of student
(for students 18+ years of age)

_____
Printed name of Parent/legal guardian

_____
Printed name of student

Date:_____

Date: _____

Forma Medica e Historia de Desarrollo

Nombre del niño/a_____Fecha Nac_____M_____F_____

Dirección_____Numero de Teléfono _____

Nombre de Madre_____Nombre de Padre _____

Dirección_____Dirección_____
(Si es diferente) (Si es diferente)

Doctor_____Fecha del último examen físico_____

Familia de Nino/a incluye:

Hermanos (Nombres y Fecha de nacimiento)				Hermanas (Nombres y Fecha de nacimiento)	

La siguiente historia médica y de desarrollo es confidencial. Sus respuestas serán compartidas con personal profesional solamente si la información compartida ayudara a planear un programa de educación para su niño/a

1. **HISTORIA DE SALUD GENERAL**

Marque cuales de los siguientes a tenido tu hijo:

_____¿Alergia a piquetes insectos Apipen? _____
_____¿Alergias (diferentes) Apipen? _____
_____¿Asma Inhalador? Otra: _____
_____Parálisis Cerebral _____Diabetes
_____Epilepsia _____Condición de corazón
_____Ortopédico _____Defecto del habla
_____Problemas de oido _____Problemas de visión
_____¿Problemas urinarios Cirugías o Hospitalización?
_____Otros (por favor especifique)_____

Si tu hijo esta abajo tratamiento or experimentando condición medica, por favor describa el problema actual y incluye cualquiera información sobre tratamiento, medicina, or restricciones, etc.

_____

_____

Por favor liste cualquier vacuna, enfermedad contagiosa, lesiones serias, y/o operaciones o hospitalizaciones su hijo a tenido en el **año pasado**

_____

_____

RECORDATORIO: Cualquier medicina que necesite ser administrada a su hijo(a) por la enfermera o maestro de la escuela durante las horas de escuela se requiere que el médico que la subscribe complete la forma física (WO-123). Copia de la forma de Administración de Medicación (WO-123) y/o Política de las escuelas públicas para la administración de Medicamentos para Niños en la escuelas está disponible si la solicita.

Firma_____Relación_____

Westerly Public Schools

Forma Medica y de Historia de Desarrollo

SOLO PARA SER LLENADO SI SE REGISTRA UN ESTUDIANTE A PRE ESCOLAR OR KINDER

Nombre de hijo/a_____

Fecha de Nacimiento_____ M_____F _____

¿Hubo circunstancias inusuales durante embarazo, trabajo de parto, parto, o durante el tiempo inmediatamente después de nacimiento (cesaría, pinzas, prematuro, requirió oxígeno, ictericia, etc.)?

Si si, explique aquí_____

_____

_____

Peso de Nino en Nacer_____

Desarrollo de Lenguaje

¿A qué edad empezó hablar su hijo? Edad aproximada si no recuerda la edad exacta.

Primeras Palabras: _____
Dos o Tres Palabras juntas:_____
Oraciones:_____

Su hijo:	SI	NO
1. Tartamudea?	_____	_____
2. Tiene dificultad expresando ideas y conceptos?	_____	_____
3. Tiene dificultad para ser entendido por otra gente?	_____	_____
4.Participa en un programa de habla o lenguaje?	_____	_____

¿Qué anos?_____Proveedor _____

Desarrollo Motor

¿Este niño empezó a caminar a la edad? Edad_____

Sientes que tu hijo tiene adecuada coordinación muscular?	SI	NO
	_____	_____

Tu hijo/a:	SI	NO
1. Cacha una pelota cuando se la tiran?	_____	_____
2. Disfruta actividades físicas?	_____	_____
3. Pierde el balance, se tropieza, y cae más frecuente que lo normal?	_____	_____
4. Tiene dificultad corriendo?	_____	_____
5. Camina usualmente de puntas?	_____	_____

Westerly Public Schools

Forma Medica y Historia de Desarollo

Desarrollo Visual

	SI	**NO**
Ha sido tu hijo/a examinado por un doctor de ojos?	_____	_____
¿Cuando?_____¿Por quien? _____		
Resultados_____		
Prescripción de lentes?	_____	_____

Su hijo:	**SI**	**NO**
1. Tiene estrabismo?	_____	_____
2. Tienen los ojos hacia adentro?	_____	_____
3. Tienen los ojos hacia afuera?	_____	_____
4. Se sienta muy cerca de la televisión?	_____	_____
5. Se talla los ojos mucho?	_____	_____
6. Se voltea para usar un ojo?	_____	_____
7. Baja un lado de la cabeza para ver a otros?	_____	_____

Examen de Oído

	SI	**NO**
Ha tenido su hijo/a examen/tratamiento de oído?	_____	_____

¿Cuando?_____¿Por quién? _____
¿Resultados
Tubos en los oídos?_____Fecha_____

	SI	**NO**
Sospechas que su hijo/a tenga problemas de oído?	_____	_____

Su hijo:		
1. Parece tener dificultad de escuchar?	_____	_____
2. Sube la televisión más altos que otros?	_____	_____
3. Parece que oye mejor con un oído que con el otro?	_____	_____
4. Brinca o parece ser más sorprendido si hay un ruido repentino?	_____	_____
5. Parece escucharte si susurras?	_____	_____
6. Hace que hables alto o repitas frecuentemente?	_____	_____
7. Se confunde siguiendo más de dos órdenes verbales al mismo tiempo?	_____	_____
8. Tiene problemas para recordar cosas por mucho tiempo?	_____	_____
9. Tiene problemas para recordar cosas por corto tiempo?	_____	_____

Westerly Public Schools

Forma Medica y Historia de Desarrollo

Desarrollo Social

Su hijo/a:	**YES**	**NO**
1. Juega con niños de la misma edad?	_____	_____
2. Tiene dificultad para llevarse bien con otros niños?	_____	_____
3. Prefiere jugar con otros niños en vez de jugar solo?	_____	_____
4. ¿Se frustra rápido?	_____	_____
5. Llora frecuentemente?		_____
6. Tiene berrinches frecuentemente?	_____	_____
7. Se irrita frecuentemente o se pone de malhumor	_____	_____
8. Se preocupa por cambios en la rutina?	_____	_____
9. Demanda mucha atención adulta individual	_____	_____
10. Acepta disciplina y límites?	_____	_____

¿Hay otra información que ayude a entender a su hijo mejor?

_____

_____

_____

++

Experiencia de escuela anterior (incluyendo Pre-escolar)

Ano Nombre/Ubicación de Escuela

_____

_____

_____

¿Te gustaría una conferencia individual con la enfermera?_____¿Trabajadora Social?_____

Otro (especifique) _____

Gracias por su paciencia en llenar esta forma.

Firma_____Relación_____Fecha_____