



# ESCUELAS DE SOUTH HADLEY

*“Excelencia la Educación”*

SOUTH HADLEY HIGH SCHOOL • MICHAEL E. SMITH MIDDLE SCHOOL • MOSIER ELEMENTARY SCHOOL • PLAINS ELEMENTARY SCHOOL

## Matricula e Inscripción Estudiantil

**Bienvenido a las Escuelas Públicas de South Hadley y al país de Tigres!**

Estamos muy emocionados que están considerando o han decidido inscribir a su estudiante/s en las Escuelas Públicas de South Hadley. Empapados en la historia del éxito académico, atlético y artístico, nuestro distrito escolar está compuesto aproximadamente de 1,890 estudiantes, 375 empleados y cinco edificios. Con un currículo robusto de PK-12, educadores altamente calificados, tecnología avanzada e instalaciones de calidad, la experiencia educacional de su hijo/a será excepcional.

Este paquete de inscripción ha sido creado para facilitar el proceso de matriculación que está enfocado a adecuarse a las necesidades de las familias ocupadas de hoy en día. Ya sea que ustedes vienen de una institución privada, comunidad aledaña, otro estado u otro país, nosotros tratamos de brindar a las familias información esencial y los documentos necesarios para que el proceso de matriculación sea claro y simple. Visite nuestra página web para mayor información

[www.southhadleyschools.org/registration](http://www.southhadleyschools.org/registration)

Una vez su familia haya completado las formas y obtenido los documentos solicitados en la lista de matriculación, por favor comuníquese con la escuela/s respectiva para agendar una reunión con nuestras asistentes administrativas para finalizar el proceso de inscripción para su estudiante.

Ya sea niño o joven, de parte de nuestro equipo entero de educadores y maestros, esperamos que su estudiante pueda ser parte de nuestra comunidad de Tigre! Su experiencia será grandiosa!

*Todos los estudiantes, independientemente de su raza, color, sexo, identidad de género, religión, origen nacional, orientación sexual, discapacidad o falta de vivienda, embarazo, o condiciones relacionadas al embarazo tienen acceso equitativo al programa de educación general y a toda la gama de programas de educación ocupacional y profesional ofrecidos por Escuelas Públicas de South Hadley.*

*All students, regardless of race, color, sex, gender identity, religion, national origin, sexual orientation, disability or homelessness, pregnancy, or pregnancy related conditions have equal access to the general education program and the full range of any occupational and vocational education programs offered by the South Hadley Public Schools.*

Oficinas del Superintendente, Servicios Estudiantiles, Negocios, Currículos,  
Donaciones y Tecnología  
Alcaldía, Segundo Piso

116 Main Street South Hadley, MA 01075 413.538.5057

Última Actualización de los Documentos de Registro: 02/08/2019

# Matricula SHPS

## Matriz De Documentos Solicitados



Escuelas  
Públicas  
De South  
Hadley

**NOTA:** Este paquete de matrícula está disponible, por completo, como un documento de PDF que puede llenarse en nuestro sitio web. Se recomienda encarecidamente que complete su registro usando este método y que traiga una copia impresa de su registro el día de su cita.

Visite nuestra página en <http://www.southhadleyschools.org/registration>

Todas las familias que matriculen a un nuevo estudiante en las Escuelas Públicas de South Hadley deberán presentar los siguientes documentos a la respectiva escuela acompañados con los paquetes de matrícula y registro como parte del proceso.

Los estudiantes deberán tener residencia primaria en la ciudad de South Hadley (a menos que sea aceptado bajo el programa de escuela escogida) para calificar para asistir a la Escuela Públicas de South Hadley. El fraude de residencia es una violación de las leyes del estado y está sujeto a multas per diem por cada día que el estudiante asiste a la escuela fuera del distrito en el que legalmente reside (*M.G.L c76 §5*). Este requisito de residencia no aplica a los estudiantes o familias que cumplen con la descripción de sin hogar según como está definido en el Acta de Asistencia a personas sin hogar de McKinney-Vento. Los estudiantes o familias que cumplan con los requisitos definidos por esta Acta y que necesiten asistencia con el proceso de registro pueden contactar al Enlace de Educación a Personas sin Hogar SHPS al número 413-538-5072 Ext 101.

Se motiva a las familias con un nivel de inglés limitado a que vengan acompañados de un intérprete a la escuela para cita de matrícula.

### **Información Importante para la Matrícula:**

**Entrada en el programa pre-escolar:** La Escuela Plains tiene un programa pre-escolar inclusivo para servir a niños con necesidades especiales. Si usted está interesado en aplicar por un espacio, por favor llame a la Escuela Plains al 413-538-5068 para pedir una aplicación. Actualmente, la matrícula en este programa deberá ser aprobada por la escuela antes de la matrícula.

**Entrada al Kindergarten:** Un niño/a puede calificar para entrar en el Kindergarten en Agosto cuando él o ella tengan la edad de 5 (cinco) años al 31 de Agosto en el año calendario.

**Entrada al Primer Grado:** Un niño/a será matriculado en el primer grado (1) en Agosto si él o ella tienen la edad de seis (6) para 31 de Agosto en este año calendario o puede brindar documentación satisfactoria de haber completado un programa de kindergarten en otro lado (sin importar la edad cumplida al 31 de Agosto).

### **DOCUMENTOS SOLICITADOS**

Evidencia de Identificación (TODOS los siguientes documentos)	Evidencia de residencia/domicilio (DOS de los siguientes documentos, ambos documentos NO PUEDEN ser del mismo ítem o categoría)	Evidencia de Registros (TODOS los siguientes)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Certificados de nacimiento del estudiante</b></li> <li>○ <b>Padres o Guardianes Documento de identificación vigente con foto emitido con el gobierno</b></li> <li>○ <b>CUALQUIER orden de la corte/tutela legal / documentos de custodia</b> <i>(si aplican)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Recibos de servicios</b> <i>(dentro de los últimos 60 días)</i></li> <li>○ <b>Acuerdo de compra y venta, legal affidavit del propietario/casero</b> <i>(Accesorio suplementario), acuerdo de Sección 8</i></li> <li>○ <b>Escritura o pago de hipoteca</b> <i>(dentro de los últimos 60 días),</i> ○ <b>recibo de impuestos de propiedad de la ciudad</b> <i>(dentro de últimos 60 días)</i></li> <li>○ <b>Estado de cuenta de banco o tarjeta de crédito</b> <i>(dentro de los últimos 60 días)</i></li> <li>○ <b>Forma W2</b> <i>(del último año)</i> o <b>comprobante de pago de planilla</b> <i>(dentro de los últimos 60 días)</i></li> <li>○ <b>Carta de un agencia de gobierno aprobada*</b> <i>(dentro de los últimos 60 días)</i></li> </ul> <p><small>*Agencias aprobadas por el gobierno incluyen: Departamento de Ingresos, Servicios de Niños y Familia, Asistencia Transicional, Servicios Juveniles, Administración de Seguridad Social, cualquier comunicación con membrete del Estado de Massachusetts.</small></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>TODOS los documentos de las escuelas anteriores</b> (Reporte de notas, notas de exámenes, disciplina, asistencia, cualquier información de educación especial, documentos de IEP/504).</li> <li>○ <b>Examen físico firmado por el medico</b> <i>(dentro de los últimos 12 meses)</i> Y <b>tabla de vacunación corriente*</b></li> </ul> <p><small>*Véase documentación requerida sobre salud e inmunizaciones dentro de</small></p>

# SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE, REGISTRO E HISTORIAL DE INSCRIPCIÓN

## Información del Estudiante:

Nombre del Estudiante:				Fecha de nacimiento:	
Primero		Segundo		MM/DD/YYYY	
Genero:	Masculino	Femenino	Nivel de Grado:	Ciudad y Estado de nacimiento	
Dirección del estudiante:		Dirección		Ciudad	Estado
				Zip	País : (si nacido fuera del EUA)

## Raza y Etnia (Requerido por M.G.L c 69 §11 y 72 Fed. Reg 59266)

**PARTE 1: ETNIA DEL ESTUDIANTE :** ¿Es el estudiante hispano o latino? Cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sur americano, o de otro origen/cultura española? Sin importar raza?

NO Si

**PARTE 2: RAZA:** Utilice uno de los siguiente grupos raciales:

Blanco: un persona que tiene orígenes en la gente original de Europa, Medio Oeste, o Africa del norte.

Indio Americano o Nativo de Alaska: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de la gente original de Norte y Sur América (incluyendo Centroamérica) y quienes mantienen una afiliación tribal /apego a la comunidad.

Nativo de Hawaii o de las Islas Pacíficas: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de las personas originales de Hawaii, Guam, Samoa, u otras Islas del Pacifico.

Negro o Afroamericano: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África, incluyendo el caribe y otros orígenes africanos.

Asiático: Gentes de origen en el Este lejano, Sureste, o el subcontinente de India incluyendo por ejemplo, Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Parkistan, Las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

## Información de Familia Militar: (Siguiendo la M.G.L c 15 E § 8)

El departamento de Massachusetts de Educación Elemental y Secundaria ha solicitado que todas las escuelas determinen si el niño/a es un miembro de una familia militar según lo define el Compacto Interestatal de oportunidades educacionales para niños de militares.

### ¿Cuáles niños califican para la asistencia bajo el Compacto?

Los niños de:

- Miembros de servicio activo de los servicios de uniformes, Guardia Nacionales, y Reserva bajo órdenes de servicio activo.
- Miembros o veteranos que han sido medicamente descargados o que han estado retirados por 1 año.
- Miembros que han fallecido en servicio activo.

### ¿Qué niños no son elegibles para asistencia bajo el pacto?

Niños de:

- Miembros inactivos de la Guardia Nacional y Reservas.
- Miembros ahora retirados no cubiertos arriba.
- Veteranos no cubiertos arriba.
- Personal del Departamento de Defensa, civiles de las agencias federales y empleados contractuales no definidos como servicio activo.

**¿Es el estudiante un miembro de una familia militar como lo define el Compacto Interestatal de Oportunidades Educativas para niños/as militares?**

NO

Si

## Encuesta de Lenguaje en el hogar (Siguiendo 20 U.S.C § 1703 y 603 CMR 14.02)

Las regulaciones del Departamento de Educación Elemental y Secundaria de Massachusetts requieren que todas las escuelas determinen el idioma que se habla en la casa de cada estudiante para poder identificar las necesidades de lenguaje. Esta información es esencial para poder brindar enseñanza significativa a todos los estudiantes. Si un idioma diferente del inglés se habla en casa, el Distrito necesita evaluar al niño/a. Por favor ayudenos a cumplir ese requisito importante, contestando las siguientes preguntas:

### Información de la escuela:

Fecha en que se inscribió por primera vez en cualquier escuela de los Estados Unidos

Inicio del nuevo año escolar:

Grado actual:

Nombre de la antigua escuela y de la ciudad:

*(La Encuesta sobre el Lenguaje Familiar continúa en la página siguiente...)*

**Preguntas para los padres/guardianes:**

¿Cuál es el idioma nativo de cada padre/guardián? ¿En cuál idioma(s) se le habla al niño/a?  
(incluyendo familiares, abuelos, tíos, tías, niñeras, etc)

Idioma: Relación: Idioma: Frecuencia:

Idioma: Relación: Idioma: Frecuencia:

¿Qué idioma entendió y hablo su hijo primero?

¿Qué idioma usas más con tu hijo?

Idioma:

Idioma:

¿Qué otros idiomas conoce su hijo/a? (Indique todos los que aplican)

¿Qué idiomas usa su hijo?

Idioma: Habla Lee Escribe Idioma: Frecuencia:

Idioma: Habla Lee Escribe Idioma: Frecuencia:

¿Necesita que le escuela le envíe información escrita en su idioma natal? Si No

¿Necesita de un intérprete o traductor en las reuniones de padres de familia? Si No

**Historial de las Escuelas anteriores (siguiendo las M.G.L c. 71 § 37, 37L)**

El Acta de Reforma Educativa de 1993, Enmienda sección 37, 37L del Capítulo 71 de las Leyes Generales, declara que un estudiante que se transfiere a un sistema local deberá brindar al nuevo sistema escolar un registro escolar completo del estudiante. Dichos registros deberán incluir, pero no limitados a, cualquier incidente relacionada a suspensión o violación de actos criminales o cualquier reporte de incidente en el que el estudiante fue acusado de dicho acto suspendido.

Ultima escuela atendida:

Ciudad de la escuela:

Estado:

Distrito escolar:

Grados asistidos:

Fecha de salida de escuela anterior:

Dirección de la casa mientras cuando a la escuela anterior:

Dirección

Ciudad

Estado

Zip

¿Ha repetido grado alguna vez el estudiante? Si No

**Programas especiales** - Por favor indique si el estudiante ha recibido cualquier servicio especial o ha participado en cualquiera de los siguientes programas:

Si la respuesta es "Si", cual grado(s):

¿Está el estudiante en libertad condicional? Si No

Especialista de Recursos

ELL/Programa Bilingüe

¿Ha sido el estudiante expulsado de otra escuela alguna vez? Si No

Dotado y Talento

Lenguaje/Habla

Título 1

IEP

Plan 504

Otro:

¿Alguna vez ha sido el estudiante suspendido por posesión de un arma peligrosa, sustancia controlada o ataque a un miembro del personal? Si No

Si la respuesta es "Si", describa las circunstancias brinde la duración de la suspensión

**Publicación del Consentimiento (de acuerdo con CMR 603 23.07)**

Las regulaciones del Departamento de Educación Elemental y Secundaria de Massachusetts 603 CMR 23.07 (4)(a) declara que una escuela puede lanzar para publicación cierta información sobre actividades/eventos escolares oficialmente reconocidos e involucrando a su hijo/a, a veces sin primero obtener su consentimiento, a menos que lo indique abajo. Esto puede incluir, pero no está limitado a, el primer nombre de su hijo/a, grado, escuela, fotografías, videos, y típicamente incluidos para proyectos de clase en nuestro periódico, periódico local o sitio web del distrito.

**NO ESTOY DE ACUERDO** con permitir la publicación de esta información sin mi expreso consentimiento.

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PADRES DE FAMILIA/GUARDIANES

Información de Los padres de familia/guardianes (siguiendo la 603 CMR 23.00 y M.G.L c 71 § 34H)

### Padre, madre o guardián legal #1

Nombre:

Primero Apellido

Otro:

Por favor brinde una dirección si es diferente a la del estudiante:

Teléfono Principal:

Otro Teléfono:

Dirección

Ciudad

Estado

Zip

Correo electrónico:

Empleador:

Teléfono de trabajo:

Vive con el estudiante:

Si

No

### Padre, madre o guardián legal #2

Nombre:

Primero Apellido

Otro:

Por favor brinde una dirección si es diferente a la del estudiante:

Teléfono Principal:

Otro Teléfono:

Dirección

Ciudad

Estado

Zip

Correo electrónico:

Empleador:

Teléfono de trabajo:

Vive con el estudiante:

Si

No

Bajo Massachusetts 603 CMR 23.00 regulado por MGL c 71, 34D, 34E, ambos padres tienen el derecho a tener acceso a los archivos de sus hijos, a menos que una orden de la corte dicte algo diferente. Las órdenes de la corte deberían ser sometidas a, y ser mantenidas en los archivos del estudiante en la escuela.

¿Hay algún documento de la corte? \*\*

Si

No

Estado matrimonial de los padres de familia:

Si están divorciados, arreglos de custodia: \*\*

\*\*Si la respuesta fue "si" para los documentos de la corte, y/o seleccionó arreglos de custodia restringidos, por favor explique

¿Joven no acompañado?

(cuando tiene más de 18 y no está en la custodia física de un padre/madre de familia o guardián, o agencia de estado)

Si

No

¿Sin una residencia permanente?

Si

No

¿Reside en casa cuna?

Si

No

Marque todo lo que corresponda:

### OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE ASISTEN A LAS ESCUELAS DE SOUTH HADLEY

Apellido (si es diferente)

Primer nombre

Fecha de Nac.

Escuela (si aplica)

Grado

Relación con estudiante

### CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES

Por favor brinde al menos una persona que no esté en la lista anterior y que está autorizada para lidiar con una situación de emergencia que pueda ocurrir en sus ausencia, que puede recoger al estudiante durante una salida temprano no planificada, o si un padre de familia/guardián no puede ser contactado en una emergencia. *Esta lista puede utilizarse solamente después de agotar todas las opciones de contacto de los padres de familia/guardianes. (Nota: se podría solicitar una identificación con foto cuando recoja al estudiante)*

Nombre: Teléfono: Relación: Otro:

Nombre: Teléfono: Relación: Otro:

Nombre: Teléfono: Relación: Otro:

### INFORMACIÓN DE CONTACTO ADICIONAL PARA MENSAJERÍA DE LA ESCUELA

Las Escuelas de South Hadley utilizan [los servicios de SchoolMessenger](#) para notificación y para brindar llamadas de voz automatizadas, mensajes de texto y correos electrónicos relacionados con asistencia, actividades generales, cierres de escuela, y emergencias. Usted recibirá un mensaje de voz automáticamente al número de teléfono primario que ha brindado para cada padre de familia / guardián. Si usted quisiera recibir los mensajes de texto o correos electrónicos, por favor brinde la información adicional abajo. Su información será protegida [por la Política de Privacidad de SchoolMessenger](#). Para mayor información sobre el servicio de mensajería de texto, o para optar por no recibirlos, por favor vea [la Política de Privacidad de SchoolMessenger](#).

(Nota: SHPS no cobra por este servicio, sin embargo, pueden aplicarse las tarifas estándar de mensajería de su proveedor de servicios)

Número de Celular 1: Dirección de email 1: Voz Texto Correo electrónico

Número de Celular 2: Dirección de email 2: Voz Texto Correo electrónico

# SECCIÓN 3: SALUD DEL ESTUDIANTE, HISTORIA MÉDICA, E INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

## Información Básica de Servicios de Salud / Aseguradora

### Doctor:

Nombre Dirección/Nombre de la práctica Teléfono

### Dentista:

Nombre Dirección/Nombre de la práctica Teléfono

### Otro/Especialista:

Nombre Dirección/Nombre de la práctica Teléfono

¿El estudiante tiene seguro de salud? Si No Tipo de Seguro:

Proveedor del plan: *Opcional*

¿El estudiante tiene seguro dental? Si No Tipo de Seguro:

Proveedor del plan: *Opcional*

NOTA: Las leyes de Massachusetts de mandato de seguro de salud, siguiendo MGL c 111M, y la Autoridad del Conector de Seguro de Salud, regulados por 956 CMR, requiere que la mayoría de los residentes de Massachusetts mayores de 18 años y que puedan costear el seguro médico mantengan una póliza de salud con "Cobertura Mínimamente Fidedigna" y pueden sufrir penalidades de impuestos si no mantienen tal póliza. Por favor visite [Healthcare.gov](http://Healthcare.gov) o [el sitio web del Conector](#) para mayor información sobre los requisitos federales y estatales de seguros de salud y de cómo inscribirse en un plan de salud.

## Historial Médico del Estudiante

Por favor seleccione todas las condiciones médicas que le aplican al estudiante:

<p><b>Alergias</b> (por favor especifique):</p> <p>¿EPI-Pen ha sido prescrito?:</p> <p>Huesos/Enfermedad de las articulaciones/lesiones:</p> <p>Depresión / Diagnóstico de Salud Mental:</p> <p>Asma:</p> <p>Diabetes:</p> <p>Infecciones en los oídos:</p> <p>Condiciones cardíacas:</p> <p>Asiento preferencial:</p> <p>Problemas de visión :</p> <p>¿Lentes de contacto?      ¿Lentes?</p>	<p>Deficiencia de Atención o Desorden de Comportamiento:</p> <p>Trastorno convulsivo:</p> <p>Desorden del espectro autista:</p> <p>Oído izquierdo:      Oído Derecho:</p> <p>Problemas de escucha:      Oído izquierdo:      Oído Derecho:</p> <p>Aparato para oír:      Migrañas:</p> <p>Retraso en el desarrollo:</p> <p>Otras condiciones, <i>especifique</i>:</p>
---	---

Por favor brinde información sobre la salud del estudiante que pueda afectar la experiencia en la escuela pública, particularmente en relación a condiciones mentales y/o físicas que pudieran requerir modificaciones el programa y /o transporte.

Por favor liste cualquier hospitalización y/u operaciones previas.

## Medicamento del Estudiante

Por favor liste cualquier y todos medicamentos que el estudiante toma actualmente (en la escuela o en la casa)

Medicamento:	Dosis:	Medicamento:	Dosis:
Medicamento:	Dosis:	Medicamento:	Dosis:
Medicamento:	Dosis:	Medicamento:	Dosis:

Las escuelas públicas de South Hadley, siguiendo las leyes de MGL c 112 § 80B, requiere que los estudiantes que necesitan medicamentos durante las horas escolares brinden:

- Una nota del doctor que indique el diagnóstico, medicamento, hora y duración del tratamiento
- Un consentimiento escrito y firmado por los padres de familia o guardianes legales
- El medicamento en su envase original y debidamente etiquetado.

\*\*No más de medicamento suficiente para 30 días deberá ser mantenido en la escuela

\*\*Drogas sicotrópicas como Ritalin, Adderall y Dexedrine serán transportadas por un adulto, contadas y co-firmadas con la enfermera

\*Todos los medicamentos deberán ser traídos a la Enfermería, donde serán guardados en un gabinete seguro y bajo llave y distribuido por la enfermera de la escuela.

\*Epinefrina e Inhaladores de Asma serán almacenados de forma segura per sin llave según MGL 71§ 53B

Por favor vea a la enfermera de la escuela para la documentación requerida

## Registros de salud e inmunización del estudiante (MGL c 76§ 15, 105 CMR 220.000 y 105 CMR 300.191

Seguindo las Leyes Generales de Massachusetts, y según lo escrito en 105 CMR 220.000 y 300.000, los estudiantes deben cumplir con ciertos requisitos de examinación física e inmunización para poder entrar a la escuela. Esto aplica a los estudiantes que asisten o están matriculados en Kindergarten hasta 12 grado en una escuela pública o privada, escuela post-secundaria o universidad, y ciertas escuelas de pre-escolar en el estado, incluyendo estudiantes de los otros estados o ciudades dentro del estado.

La siguiente tabla muestra un resumen de los requisitos de inmunización de la escuela para estudiantes en el estado de MA

### Massachusetts School Immunization Requirements for School Year 2016-2017\*

	Child Care/Preschool <sup>1</sup>	Kindergarten	Grades 1-6	Grades 7-12	College <sup>2</sup>
Hepatitis B <sup>3</sup>	3 doses	3 doses	3 doses	3 doses	3 doses for all health science students and full-time undergraduate and graduate students
DTaP/DTP/DT/Tdap <sup>4</sup>	≥4 doses DTaP/DTP	5 doses DTaP/DTP	≥4 doses DTaP/DTP or ≥3 doses Td	4 doses DTaP/DTP or ≥3 doses Td; Plus 1 dose Tdap	1 dose Tdap for all health science students and full-time undergraduate and graduate students
Polio <sup>5</sup>	≥3 doses	4 doses	≥3 doses	≥3 doses	NA
Hib <sup>6</sup>	1 to 4 doses <sup>5</sup>	NA	NA	NA	NA
MMR <sup>7</sup>	1 dose	2 doses	Grades 1-5: 2 doses Grade 6: 2 doses measles, 1 mumps, 1 rubella (See Phase-In Schedule)	2 doses	2 doses for all health science students and full-time undergraduate and graduate students
Varicella <sup>8</sup>	1 dose	2 doses	Grades 1-5: 2 doses Grade 6: 1 dose (See Phase-In Schedule)	2 doses	2 doses for all health science students and full-time undergraduate and graduate students
Meningococcal <sup>9,10</sup>	NA	NA	NA <sup>10</sup>	1 dose for new full-time residential students <sup>9</sup>	1 dose for full-time residential students <sup>9</sup>

\*These requirements also apply to all new "enterers." NA = no vaccine requirement for the grades indicated.

**NOTA:** las enfermeras de la escuela están autorizadas para obtener los archivos de inmunización u otra información relacionada a la inmunización por parte de los proveedores de salud u otra y que es solicitada por la escuela para propósitos de matrícula, sin la autorización del padre o guardián legal del estudiante, como sea necesario para cumplir con los requisitos impuestos por las leyes del estado MGL c 76 §15. Antes de solicitar tales documentos por parte del proveedor, las enfermeras tratarán lo posible de obtener esa información de los padres o guardianes legales del estudiante y no les notificarán que la información será obtenida del proveedor de salud cumpliendo con 105 CMR 300.191 si no lo brindan de manera oportuna los padres o guardianes. Para propósitos de Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), las enfermeras de las escuelas están designadas como autoridades de salud pública y tienen la autoridad de obtener información sobre inmunización por parte de los proveedores de salud de acuerdo con 105 CMG 300.000 con el fin de monitorear y asegurar el seguimiento de reglas con los requisitos de inmunización de MGL c76 §15

## Enlaces adicionales para los recursos relacionados con la salud de los estudiantes:

### Documentos y Formularios de Inscripción y Inscripción

**FORMULARIO DE REGISTRO DE SALUD ESCOLAR DE MASSACHUSETTS** - (Para ser llenado por el PCP o designado del estudiante, requerido para la inscripción en la escuela) <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/com-health/school/health-record-form.pdf>

**FORMULARIO DE CERTIFICADO DE INMUNIZACIÓN** - (Para ser llenado por el PCP o designado del estudiante, requerido para la inscripción en la escuela) <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/cdc/immunization/record-certificate-of-immunization.pdf>

### ALERGIA ALIMENTARIA DE INVESTIGACION Y EDUCACION (FARE) ALERGIA ALIMENTICIA Y ANAFILAXIS PLAN

<http://www.foodallergy.org/file/emergency-care-plan.pdf>

### Enlaces relacionados

#### Requisitos completos de inmunización escolar de Massachusetts:

<http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/cdc/immunization/guidelines-ma-school-requirements.pdf>

#### Programa Completo de Inmunización de la Niñez y la Adolescencia:

<http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/cdc/immunization/guidelines-childhood.pdf>

#### Sitio web completo para el Departamento de Salud Pública de Massachusetts Recursos Escolares:

<http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dph/programs/community-health/primarycare-healthaccess/school-health/>

# SECCION 4: LIBERACIÓN DE REGISTROS, AFIRMACIÓN DE VERDAD, Y CRITERIOS DE RESIDENCIA

## Autorización de Liberación de registros (siguiendo 603 CMR 23.07 y MGL c 71 §34H)

Las regulaciones del departamento de educación elemental y secundaria de Massachusetts bajo 603 CMR 23.07 (4) limitan el acceso a los registros del estudiante a terceros (Terceros significa cualquier persona o agencia pública, autoridad, u organización diferente al estudiante, sus padres/madres, o personal escolar autorizada). Excepto por las provisiones de 603 CMR 23.07 (4) (a) a 23.07 (4) (h), ningún tercero tendrá acceso a la información en o de un expediente del estudiante sin el consentimiento escrito específico del estudiante elegible o del padre. Al conceder el consentimiento, el estudiante o padre elegible tendrá el derecho de designar qué partes del expediente del estudiante serán entregadas al tercero.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a las escuelas de South Hadley a los siguiente obtener de:  
Nombre del autorizador

Nombre de la escuela:

Dirección:

Dirección

Ciudad

Estado

Zip

Los siguientes archivos relacionados al estudiante,

Nombre del Estudiante

Por favor selecciones todos los que aplican:

Archivo académico

IEP/504

Archivo de salud de la escuela

Expediente disciplinario

Expediente de Asistencia

Expediente de salud mental

Expediente medico

Calificación en MCAS

Otros (*especifique*)

Por favor, envíe lo siguiente:

SCHOOL	ADDRESS	PHONE	FAX
SOUTH HADLEY HIGH SCHOOL	153 Newton Street South Hadley, MA 01075	(413) 538-5063	(413) 534-7752
MICHAEL E. SMITH MIDDLE SCHOOL	100 Mosier Street South Hadley, MA 01075	(413) 538-5074	(413) 538-5003
MOSIER ELEMENTARY SCHOOL	101 Mosier Street South Hadley, MA 01075	(413) 538-5077	(413) 538-6922
PLAINS ELEMENTARY SCHOOL	00 Lyman Street South Hadley, MA 01075	(413) 538-5068	(413) 536-5803

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



## SECCION 1: ESTUDIANTE, REGISTRO, E HISTORIAL DE INSCRIPCIÓN

### VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

Yo, estoy bajo en entendido que el estudiante debe residir en y tener su residencia primaria en la ciudad de South Hadley (a menos que sea aceptado como miembro del programa Choice, o califique para servicios para el Acta McKinney-Vento) para poder calificar y asistir a las escuelas públicas de South Hadley.

**ADVERTENCIA:** Fraude de residencia es una violación de las leyes del estado y está sujeto a multas per diem por cada día que el estudiante asiste a la escuela fuera del distrito en el que legalmente reside. MGL c 76 § 5 permite que el Comité Escolar obtenga el costo completo de la educación de cualquier estudiante por parte de cualquier adulto que permita que el estudiante asista a las escuelas públicas de South Hadley, sabiendo que el estudiante no es un residente.

El Estudiante califica para servicios bajo el Acto McKinney-Vento (a ser determinado por el personal de la escuela)

Yo, \_\_\_\_\_, doy fe de residir en:

(Adulto mayor de 18 años)

Dirección

Ciudad

Estado

Zip

En la ciudad de South Hadley.

Certifico que he vivido en la dirección arriba mencionada desde la siguiente fecha (mes / año):

MM/YYYY

Y también doy fe que,

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

reside en esta dirección de Lunes a Viernes durante el año escolar.

Comprendo que un Oficial de Policía de la Escuela podría visitar mi casa para verificar que el estudiante mencionado arriba vive de verdad en la dirección de South Hadley que está identificada arriba.

Estoy de acuerdo que esta información sea compartida con todos los departamentos de la ciudad para que todas las tarifas apropiadas sean evaluadas por la ciudad

Estoy de acuerdo de notificar a las autoridades de la escuela de cualquier cambio de dirección sin demora.

Reconozco que la información que he brindado relacionada con la etnia y raza del estudiante, estatus militar, idioma hablado en casa, e historial de inscripción escolar es verdad y exacto según mi conocimiento.

Estoy firmando esta forma bajo mi propia voluntad y entiendo que las penalidades y perjuicios me aplicaran por cualquier información falsa que haya brindado.

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

**SECCIÓN 2: INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA DE PADRES DE FAMILIA, GUARDIANES Y FAMILIA**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que toda la información brindada bajo  
(Adulto mayor de 18 años)

la sección 2 de este registro es completo y exacto según mi conocimiento

Entiendo que si este estudiante está inscrito en el Distrito en base a información que ha sido falsificada por mí, yo soy responsable del pago diario del costo de matrícula al Distrito y que el estudiante será removido.

Reconozco que he brindado, o brindaré en el futuro, a las Escuelas Públicas de South Hadley cualquier orden de la corte nombre al estudiante inscrito y que estoy en conformidad con tales órdenes.

También reconozco que los contactos de emergencia que he brindado tienen mi permiso para recoger al estudiante en el evento de una emergencia o cualquier circunstancia extenuante en la cual yo no puede ser contactado.

Firmo esta forma bajo mi propia voluntad y comprendo las penalidades y prejuicios que se me aplicarán por cualquier falsificación de la información que está siendo brindada

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

### SECCIÓN 3: SALUD DEL ESTUDIANTE, HISTORIAL MEDICO E INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS.

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que toda la información brindada bajo  
(Adulto mayor de 18 años)

Sección 3 de este registro es completa y exacta según mi comprensión

Comprendo que si el estudiante está inscrito en el Distrito en base a información que conscientemente falsificada por mi persona, yo soy responsable del pago de diario de la matrícula y el estudiante será removido.

Reconozco que la información que he brindado relacionada con el proveedor de salud/aseguradora, historial médico, medicamentos, inmunizaciones y registros médicos son verdaderos y exactos según mi conocimiento.

Reconozco que he dado permiso a la enfermera de la escuela para compartir información relevante de la condición de salud del estudiante con el personal apropiado de la escuela cuando sea necesario y para proteger la salud y seguridad del estudiante. Doy mi permiso para que mi hijo/a sea transportado en una ambulancia hacia un centro de salud si, bajo la opinión profesional de la enfermera de la escuela, es indicado dicho transporte.

Reconozco que doy permiso para intercambiar información con el La atención primaria del estudiante o un médico especialista con el propósito de derivar, diagnosticar, Y / o tratamiento según lo permitido por la ley o regulación.

Firmo esta forma bajo mi propia voluntad y comprendo las penalidades y prejuicios que se me aplicarán por cualquier falsificación de la información que está siendo brindada.

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

**For Office Use Only**  
*Para personal de oficina solamente*

Applicants must submit ONE document from both columns A & B, and ALL documents from Column C  
*Los aplicantes deberán presentar UNO de los documentos de las dos columnas A y B, y todos los documentos de la columna C*

COLUMN A/COLUMNA A	COLUMN B/COLUMNA B	COLUMN C/COLUMNA C
<p><b>Utility bill</b> <i>(within past 60 days)</i> <i>Factura de servicios (de los últimos 60 días)</i></p> <p><b>Current purchase &amp; sales agreement</b> <i>Acuerdo de compra y venta</i></p> <p><b>Landlord/homeowner affidavit</b> <i>(within past 60 days)</i>, or <b>section 8 agreement</b> <i>Affidavit de arrendatario/dueño (de los últimos 60 días), o Acuerdo de Sección 8</i></p> <p><b>Deed or mortgage payment</b> <i>(within past 60 days)</i> <i>Escritura o pago de hipoteca (de los últimos 60 días)</i></p> <p><b>Town property tax bill</b> <i>(within past year)</i> <i>Factura de impuestos de propiedad de la ciudad (del último año)</i></p>	<p><b>Bank or credit card statement</b> <i>(within past 60 days)</i> Estado de cuenta bancaria o de tarjeta de crédito (de los últimos 60 días)</p> <p><b>W2 form</b> <i>(within past year)</i> <i>Forma W-2 (del último año)</i></p> <p><b>Payroll stub</b> <i>(within past 60 days)</i> <i>Talón de nómina (detalle del salario) de los últimos 60 días</i></p> <p><b>Letter from an approved government agency</b> <i>(within past 60 days)</i> <i>Carta de una agencia aprobada por el gobierno (de los últimos 60 días)</i></p>	<p><b>Student's birth certificate</b> <i>Partida de nacimiento del estudiante</i></p> <p><b>Parent/Guardian current valid government issued photo identification</b> <i>Documento válido de identificación con foto, emitido por una agencia gubernamental</i></p> <p><b>ANY court order/legal guardianship/custody documents</b> <i>(If applicable)</i> <i>Cualquier orden de la corte/tutela legal/ documentos de custodia (si aplican)</i></p> <p><b>ALL prior school records</b> <i>(or consent to obtain)</i> <i>TODOS los registros de la escuela anterior (o la aprobación para poderlos obtener)</i></p> <p><b>Physician signed Health physical</b> <i>(within past 12 months)</i> <b>AND current immunization record</b> <i>Examen físico firmado con el médico (de los últimos 12 meses) Y el registro actual de inmunizaciones.</i></p>

**Meets Residency Criteria OR**  
*Cumple con criterios de residencia O*  
**Referred to SRO:**  
*Referido a SRO:*

**Residency confirmed**  
*Residencia confirmada*  
**Residency not confirmed**  
*Residencia no confirmada*

**Student eligible for services under the McKinney-Vento Act**  
*(to be determined by school staff)*  
*El estudiante calificada para servicios dentro del acta McKinney-Vento (será determinado por el personal de la escuela)*

\_\_\_\_\_  
**Signature of authorized school personnel**  
*Firma del personal de la escuela autorizado*

\_\_\_\_\_  
**Date**  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
**Signature of authorized school nurse**  
*Firma de la enfermera de la escuela autorizada*

\_\_\_\_\_  
**Date**  
*Fecha*



## Affidavit para prueba de residencia de la ciudad de South Hadley, Massachusetts Matricula en Escuelas Públicas

A quien corresponda,

Yo certifico que soy, \_\_\_\_\_ estoy en el registro como el dueño legal de la

(Nombre Legal Completo)

propiedad y residencia localizada en \_\_\_\_\_ en South Hadley, Massachusetts.

(dirección de la propiedad)

Además, certifico que, \_\_\_\_\_ actualmente reside en esta residencia, y ha residido

(Nombre legal del estudiante matriculado)

en la dirección anterior desde \_\_\_\_\_ . Por favor acepte este documento como prueba

(Fecha MM/YYYY)

de residencia para fines del proceso de matrícula.

Yo, \_\_\_\_\_, como el dueño legal de la propiedad mencionada en la dirección

(Nombre completo legal)

listada arriba, certifico y afirmo que toda la información en esta forma es correcta según mi entendimiento.

Además, entiendo que si un estudiante está matriculado en el Distrito en base a información falsificada por

mi persona, yo sería responsable ante el Distrito por la tasa de matriculación diaria, y el estudiante sería

removido/a. (M.G.L. c 76 §5), además entiendo que si cualquier declaración que yo haga sea falsa, que yo

podría ser sometido a persecución penal por asistir en la obtención de servicios públicos gratuitos por

fraude (106 C.M.R. § 706.300)

### Firmado bajo penas y penalidad de perjuicio:

**\*\*esta forma deberá ser presentada, firmada y notarizada por un Notario Publico autorizado por el Commonwealth de Massachusetts, en el Condado de Hampshire. \*\***

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

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

En este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, ante mi, el abajo firmante Notario Público, personalmente apareció \_\_\_\_\_ (nombre de la persona que firma los documentos), me comprobó a través de identificación y evidencia, las cuales fueron \_\_\_\_\_, tser la persona cuyo nombre está firmado en este documento en mi presencia.

Firma oficial y sello de Notario: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento de comisión notarial: \_\_\_\_\_