



Liza M. Ríos Otto
Director
lotto@paterson.k12.nj.us

Laurie W. Newell, PhD
Superintendent of Schools

Encuesta sobre el idioma que se habla en casa

Objetivo: la encuesta sobre el idioma que se habla en casa se utiliza únicamente con el fin de ofrecer servicios educativos adecuados (de acuerdo con el capítulo 1 de la Herramienta EL del Departamento de Educación de EE. UU.). Esta encuesta es el primero de los tres pasos para determinar si un estudiante es elegible para ser identificado como estudiante de inglés (ELL, por sus siglas en inglés). En este sentido, se entiende por "Casa" el lugar de residencia actual del estudiante.

Información del estudiante:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento (MMDDAAAA): _____

Dirección actual: _____

Preguntas de la encuesta:

1.) Liste todos los idiomas que se hablan en la casa del estudiante.

2.) ¿El primer idioma hablado por el estudiante fue un idioma distinto del inglés?

☐ No ☐ Sí

3.) ¿El estudiante habla o entiende un idioma distinto del inglés?

☐ No ☐ Sí

4.) Cuando se relaciona con otras personas en casa (por ejemplo: padres, encargados, hermanos), ¿el estudiante entiende o habla en un idioma distinto del inglés **la mayor parte del tiempo**?

☐ No ☐ Sí

5.) Cuando se relaciona con otras personas fuera de casa (por ejemplo, amigos, cuidadores), ¿el estudiante entiende o habla en un idioma distinto del inglés **la mayor parte del tiempo**?

☐ No ☐ Sí

ENTERING SCHOOL _____

FROM SCHOOL _____

PATERSON PUBLIC SCHOOLS
HEALTH HISTORY APPRAISAL
(El Formulario de la Historia de la Salud)

GRADE _____

ACADEMIC YEAR _____ - _____

Name of Student (Nombre de Estudiante)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	Gender: ☐ M / ☐ F / ☒ X
---	--	---

Yes (Si)	No (No)	Please indicate whether the student suffers from any of the conditions listed below (Por favor indique si el estudiante sufre de cualquier condicion de la lista abajo)			
☐	☐	Allergies (Alergias)	Type (tipo)	Medication (medicamento)	Need to be taken in school (necesita tomar en escuela) ☐ Yes/Si ☐ No (elige uno)
☐	☐	Asthma (Asma)	Triggers (los disparadores)	Medication (medicamento)	Need to be taken in school (necesita tomar en escuela) ☐ Yes/Si ☐ No (elige uno)
☐	☐	Other Medications (Otras medicinas)	Type/Dose (tipo/dosis)	Purpose (el proposito)	Need to be taken in school (necesita tomar en escuela) ☐ Yes/Si ☐ No (elige uno)
☐	☐	Accidents/Injuries (Accidents/heridas)	Date (fecha)	Type of Injury (tipo de herida)	Complications (complicaciones)
☐	☐	Hospitalization (Hospitalizacion)	Date (fecha)	Reason (razon)	Complications (complicaciones)
☐	☐	Congenital Abnormalities (Defectos congitos)	Date (fecha)	Type (tipo)	Limitations (limitaciones)

Please indicate whether your child has any of the conditions below:
 (Por favor indique si su hijo tienes cualquier conidcion de la lista abajo)

	Yes (Si)	No (No)		Yes (Si)	No (No)		Yes (Si)	No (No)
ADD/ADHD (trastorno de atencion)	☐	☐	Fainting (desmallos)	☐	☐	Lupus (lupus)	☐	☐
Autistic Spectrum (autismo)	☐	☐	Gastric Disorder (desorden astointestinal)	☐	☐	Migraines (migranas)	☐	☐
Behavior Problems (comportamiento)	☐	☐	Glasses/Vision (problemas de vision)	☐	☐	Nose Bleeds (sangrado de la nariz)	☐	☐
Blood Disorder (problema de sangre)	☐	☐	Hearing Loss (perdida de sonida)	☐	☐	Orthopedic Disorder (trastornos ortopedicos)	☐	☐
Concussion (concusion)	☐	☐	Heart Disease (enfermedad del corazon)	☐	☐	Psychiatric Disorder (dificultades mentales/emocionales)	☐	☐
Convulsive Disorder (trastorno convulsivo)	☐	☐	Heart Murmur (soplo en el corazon)	☐	☐	Scoliosis (escoliosis)	☐	☐
Dental Problem (desorden de dientes)	☐	☐	Hepatitis (hepatitis)	☐	☐	Sickle-Cell Disease (anemia de celulas falciformes)	☐	☐
Developmental Delay (retrasos en el desarrollo)	☐	☐	Immune Disorder (desorden inmune)	☐	☐	Speech Defect (defecto del discurso)	☐	☐
Diabetes (diabetes)	☐	☐	Kidney Disease (enfermedad de los rinones)	☐	☐	Toileting Problem (problema para ir al baño solo)	☐	☐
Eczema (eczema)	☐	☐	Lead Poisoning (envenenamiento de plomo)	☐	☐	Other (otro enfermedad)	☐	☐

Explanation of any "YES" answers above (explicación de cualquier respuesta de "sí" como se indicó anteriormente):

Parent/Legal Guardian Signature (Firma de Padres/Guardianes): _____ **Date:** _____

Nurse Signature: _____ **Date:** _____

**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT OF SCHOOLS
PATERSON PUBLIC SCHOOLS
PATERSON, NEW JERSEY**

PHYSICAL EXAMINATION

N.J.A.C. 6A:16-2.2 & N.J.S.A. 18A:40-4 requires that each student, upon entry into the school district, shall have a medical examination conducted at the medical home of the student, and a report sent to the school nurse. The complete physical examination shall be documented on the approved school district form and shall include the immunizations, medical history including allergies, past serious illnesses, injuries and operations, medications and current health problems, health screenings including height, weight, hearing, blood pressure and vision. This examination must be completed no more than 365 days prior to school entry and must state what, if any, modifications are required for full participation in the school program.

Recommended subsequent medical examinations shall be conducted at the medical home and a report sent to the school at least one time during each developmental stage at early childhood, pre-adolescence, and adolescence. (Recommended grades: Kindergarten, 4th grade, 8th grade, 10th grade.)

A student shall be examined pursuant to a comprehensive child study team evaluation and when applying for working papers.

A physical examination of each candidate for a school athletic squad or team shall be conducted within 365 days prior to the first practice session. This examination must be documented on the approved New Jersey Department of Education Athletic Pre-Participation Physical Examination form.

In-school health screenings, including height, weight, vision, hearing, blood pressure, strip to the waist biennial scoliosis screening and referral will be conducted by the school nurse and the school physician.

A copy to this signed consent/notification form will be kept with your child's health records.

Student's Name: _____ **Date of Birth:** _____ **Grade:** _____

Signature of Parent/Legal Guardian: _____ **Date:** _____

EXAMENES FISICOS

N.J.A.C. 6A:16-2.2 & N.J.S.A. 18A: 40-4. Todos los estudiantes que entran a un distrito escolar deben tener un examen medico, hecho por el medico de la familia del estudeante, y deben enviar un reporte a la enfermera de la escuela. Este examen fisico completo debe ser documentado en un formulario del distrito y debe incluir las vacunas, historia medica incluyendo alergias, enfermedades serias del pasado, heridas y operaciones, ademas de medicinas y actuales problemas de salud, examenes de salud como altura, peso, audicion, presion sanguinea y vision. Este examen debe haber sido completado no mas de 365 dias antes del la matricula y debe indicar si se requieren modificaciones para participar plenamente en el programa escolar regular.

Un estudiante debe ser examinado tambien de acuerdo a lo que indique un equipo de estudio escolar, o cuando solicite documentos para trabajar.

Un examen de cada candidato para un equipo atletico escolar deber ser conducido dentro de los 365 dias antes de la primera practica de entrenamiento. Este examen debe ser documentado en el Formulario de Examen Físico de Participación Atletica del Departamento de Educacion de New Jersey.

Todos los subsecuentes examenes medicos deben ser hechos por el medico de la familia y enviar un reporte a la escuela por lo menos una ves en cada etapa de desarrollo en la Ninez, Pre-adolescencia, y Adolescencia (Grado recomendados: Kindergarten, Grado 4, Grado 8 y Grado 10).

Los examenes de salud en la escuela tales como el de altura, peso, vision, audicion, presion sanguinea, examen bienal de escoliosis y referencias seran conducido por la enfermera de la escuela y/o el medico de la escuela.

Una copia de este Permiso firmado sera guardado junto a los records de salud de su hijo o hija.

Estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Grado:** _____

Firma de Padres/Guardianes: _____ **Fecha:** _____

PATERSON PUBLIC SCHOOL PHYSICAL EXAMINATION FORM

DATE OF EXAM _____

PATERSON PUBLIC SCHOOL # _____ SCHOOL NURSE: 973-321- _____

DATE GIVEN _____ DUE BACK _____ TIME _____ DATE RETURNED _____

STUDENT NAME: _____ DOB: _____ AGE: _____ SEX: M F GRADE: _____

ADDRESS: _____ PATERSON, N.J. _____

HISTORY OF ILLNESS OR ABNORMALITIES: _____

Vision (R) 20/ (L) 20/ Corrected Y / N Glasses: Y / N Contacts Y / N Hearing (R) (L)

Height % Weight % B/P / Pulse bpm

Allergies _____

Asthma _____

Ears _____ Eyes _____

Lymph Glands _____ Thyroid _____

Nose _____ Throat _____

Teeth _____ Mouth _____

Heart _____ Murmur ☐ Yes ☐ No

Lungs _____

Abdomen _____ Hernia _____

Genito-Urinary _____

Orthopedic: Structural _____ Posture _____ Feet _____ Scoliosis _____

Skin _____ Nutrition _____

Nervous System _____

Speech _____

General Appearance _____ Other _____

What if any modifications are required for full participation in the school program? _____

What medical factors may effect his/her growth, development and/or academic progress? _____

Is the child receiving medication? _____ Other therapy? _____

If so, what are the side effects with regard to his/her academic progress in school? _____

Referrals made as a result of this examination: _____

PHYSICIAN'S SIGNATURE _____ TELEPHONE _____

ADDRESS _____ FAX _____

PRINT PHYSICIAN'S NAME _____

IMMUNIZATIONS:DTP/DTaP/Td POLIO MMR HEP B HIB BCG

1. _____ 1. _____ 1. _____ 1. _____ 1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____ 2. _____ 2. _____ 2. _____ OTHER

3. _____ 3. _____ 3. _____ 3. _____ 3. _____

4. _____ 4. _____ 4. _____ 4. _____ 4. _____

5. _____ 5. _____ VZV Varicella Disease Statement or Laboratory Evidence Attached ☐Tdap MENINGOCOCCAL 1. _____ OTHER: _____

1. _____ 1. _____ 2. _____

PPD Mantoux Test: Planted _____ Read _____ Result _____ mm

CXR: Y / N Date: _____ Result: _____ INH: Y / N _____ mg X _____ mos. Date started: _____ Date Completed _____

Blood Lead Level _____ mcg/dL Date Tested _____ Not Available _____ REFERRED TO FOR TESTING _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección: _____ Teléfono #: _____
de Casa Calle Ciudad Código Postal

Fecha de Nacimiento: _____ Género: ☐ H ☐ M Lugar de Nacimiento: _____
Mes/Día/Año Ciudad, Estado y País, si no es EU

Raza/Origen (Por favor seleccione todos los que aplican):

- ☐ Afro Americano/Negro ☐ Asiático ☐ Blanco/Caucásico
☐ Hawaiano/Isla del Pacifico ☐ Hispano ☐ Indio Americano/Alaskan Native

Fecha de entrada al país _____ Fecha de ingreso a la escuela _____

¿Este estudiante ha asistido alguna vez una Escuela Pública de Paterson? ☐ Si ☐ No

¿Transferido de (Escuela, Ciudad, Estado): _____

¿Tiene su hij@ un: ☐ IEP(Plan Educativo Individualizado) ☐ 504 Plan de Alojamiento

¿Recibe su hij@ servicios para: ☐ Bilingüe/ESL

☐ Ninguna de las anteriores

Información Sobre los Padres o Tutor Legal

Madre/Tutor Legal: _____ Fec de Nac _____
Nombre Apellido

Dirección de Madre: _____ ☐
de Casa Calle Ciudad Código Postal ¿Vive con el Estudiante?

Móvil #: _____ Correo Electronico: _____

Padre/Tutor Legal: _____ Fec de Nac _____
Nombre Apellido

Dirección de Padre: _____ ☐
de Casa Calle Ciudad Código Postal ¿Vive con el Estudiante?

Móvil #: _____ Correo Electronico: _____

¿Nombre de Persona Inscribiendo al Niñ@: _____ Relacion del Niñ@: _____

¿Idioma preferido para recibir comunicación: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro (Especificar) _____

Enumere el nombre, la fecha de nacimiento, la escuela y el grado de los hermanos que asisten a una Escuela Pública de Paterson o una Escuela de Charter:

Nombre de los Hermano(s)	Fech de Nac	Asistente Escolar	Grado

Contactos de Emergencia

Nombre/Relación	Fech de Nac	Dirección	# de Telefono

Información Residencial

Por la ley de McKinney-Vento Act 42U.S.17435, las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si su hij@ es elegible para servicios adicionales.

1. ¿Su domicilio es actual una vivienda temporal? ☐ Si ☐ No
(un contrato de mes a mes no se considera temporal)
2. ¿Si es así, es este arreglo de vida temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? ☐ Si ☐ No

Si respondió No a ambas preguntas anteriores, firme y fecha a continuación y NO llene el resto de este formulario.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Si respondió Sí a ambas preguntas anteriores, firme y fecha arriba Y complete el resto de este formulario.

¿Dónde vive actualmente el estudiante? (marque uno)

- ☐ En un hotel/motel ☐ Con más de una familia en una casa o apartamento ☐ En un refugio
☐ En un lugar no designado para alojamientos normales (como un coche, un parque o un camping)

Declaración de Residencia

Esto es para informar a las Escuelas Públicas de Paterson que mi(s) hijo(s) _____
_____ y yo (padre/tutor) _____

reside temporalmente en la siguiente dirección: _____.

Estamos viviendo con (nombre y relación) _____.

Mi última dirección que alquilé, arrendado o propiedad fue _____.

El distrito escolar al que asistió mi(s) hijo(s) mientras vivía en la dirección anterior fue _____

_____. Mi(s) hijo(s) asistieron _____ Escuela. Las causas de la mi ser
desplazado/sin hogar son _____.

Seleccione una opción a continuación:

- ☐ Solicito registrar a mi(s) hijo(s) en el Distrito Escolar Público de Paterson.
☐ Prefiero que mi(s) hijo(s) asistan a la escuela en el antiguo distrito escolar _____
(nombre del antiguo distrito)

Presentar un registro falso o falsificar registros es un delito bajo el Código Penal de la Sección 37.10, y la inscripción del niño bajo documentos falsos somete a la persona a responsabilidad por la matrícula u otros costos. TEC Sec. 25.002(3)(d).

Padre/Guardián Legal (por favor imprima): _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente califica para el Programa de Nutrición Infantil bajo las disposiciones de la Ley McKinney-Vento.

Firma de enlace McKinney-Vento: _____ Fecha: _____

Actia;ozado 9/30/2021