



MEDFORD PUBLIC SCHOOLS

489 Winthrop Street Medford, MA 02155

781-393-2132/ 2131

MedfordRegOffice@medford.k12.ma.us

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA INSCRIPCIÓN

Para inscribir a un estudiante en las Escuelas Públicas de Medford, TODOS los documentos deben llevarse a la Oficina de Registro ubicada dentro de la Escuela Secundaria de Medford en 489 Winthrop St en Medford.

1. Paquete de registro completo

- Encuesta de idioma
- Formulario de autorización de Google
- Para alumnos de jardín de infancia:** Encuesta sobre la experiencia en educación preescolar
- Para grados 1-12:** Autorización para obtener los expedientes académicos de los alumnos
- Para grados 6-12:** Formulário de aceitação de empréstimo do chromebook y Formulario de autorización para el uso de Acetaminofeno

2. Identificación con foto válida del padre/tutor/cuidador

- Licencia de conducir o pasaporte del padre/cuidador que registra al niño
- Si es un tutor legal,** se debe proporcionar un Acuerdo de Custodia

3. El certificado de nacimiento de su hijo

- Original (sin fotocopias, no la carta del hospital)
- Traducido y certificado si no está en inglés

4. Prueba de residencia

2 facturas de servicios públicos fechadas en los últimos 60 días. Facturas aceptadas: gas, electricidad, petróleo, cable e Internet residencial **O**

- Copia del contrato de arrendamiento/alquiler actual firmado

SI EL ESTUDIANTE Y EL CUIDADOR VIVEN CON UN RESIDENTE DE MEDFORD, SE REQUIERE LO SIGUIENTE PARA COMPLETAR EL REGISTRO:

1. [Declaración jurada de residencia en vida notariada](#) (tanto el propietario como el inquilino deben firmar el documento ante un notario público al mismo tiempo)
2. Comprobante de residencia de la persona que firma la declaración jurada de residencia: contrato de alquiler o dos facturas de servicios públicos con fecha dentro de los últimos 60 días (se aceptan facturas de gas, electricidad, combustible, cable e Internet doméstico).

5. Los documentos de salud más recientes de su hijo

- Registros de vacunas recientes
- Copia del último examen físico fechado dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de registro
- Evaluación del riesgo de tuberculosis o resultados de pruebas cutáneas
- Preescolar:** resultados de la prueba de detección de plomo
- Kindergarten:** resultados de exámenes de la vista, incluidos el examen de estereopsis y los resultados de los exámenes de detección de plomo

Cualquier documento de salud posterior solicitado puede enviarse por fax al 781-393-2379 o por correo electrónico a MedfordHealthOffice@medford.k12.ma.us con el asunto: "Registro: Nombre del estudiante Para cualquier pregunta relacionada con la salud, llame al 781-393-2292 y pida hablar con una enfermera

6. Registros escolares anteriores

- Las transcripciones escolares más recientes de su hijo, boletas de calificaciones
- Tarjeta de transferencia de Massachusetts de la escuela anterior si está disponible
- Puntajes MCAS si están disponibles
- Puntajes de ACCESS para estudiantes de Estudiantes del Idioma Inglés si están disponibles
- Estudiantes de grado 9:** Hoja de selección de cursos
- Estudiantes de los grados 10-12:** Las transcripciones escolares, Registros de disciplina y de asistencia
- IEP activo (si corresponde)
- Plan 504 activo (si corresponde)

Firma del Padre/Cuidador: _____

Fecha: _____



For School Use Only

SASID: _____ LASID: _____ Date Received: _____ Entry Date: _____ HR: _____

Date Enrolled: _____ Proximity Zone: _____ School Assigned: _____ Grade: _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: (Por favor, escriba a máquina o en letra de molde)

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| ¿Este estudiante ha asistido a las Escuelas Públicas de Medford en el pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Grado / Años de Asistencia: |
| Nombre: | 2do Nombre: | Apellido: |
| Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No-Binario | | |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): | Ciudad de Nacimiento: | País de Nacimiento: |
| Dirección: | | Ciudad,, Estado, CP: |
| # de Teléfono del Estudiante: | Correo Electrónico del Estudiante: | |
| Fecha de Entrada a EUA (mm/dd/aaaa): | | |
| EDUCACIÓN ESPECIAL / ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD | | |
| ¿Tiene el estudiante actualmente un IEP o recibe servicios de educación especial? | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Recibe este estudiante actualmente servicios en un Plan 504? | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

IDIOMA PRIMARIO

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Criollo Haitiano | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|---------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

PARENT/ GUARDIAN /CAREGIVER INFORMATION

| PADRE/MADRE TUTOR/ CUIDADOR 1 | PADRE/MADRE TUTOR/ CUIDADOR 2 |
|--|--|
| Nombre: | Nombre: |
| Teléfono de la Casa: | Teléfono de la Casa: |
| Teléfono Celular: | Numero de Celular: |
| Teléfono del Trabajo: | Teléfono del Trabajo: |
| Correo Electrónico: | Correo Electrónico: |
| Parentesco con el Alumno: | Parentesco con el Alumno: |
| Tiene Custodia del Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tiene Custodia del Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Vive con el Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Vive con el Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Recibe Correo Estudiantil: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Recibe Correo Estudiantil: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Idioma Primario: | Idioma Primario: |

HERMANOS(AS): (Por favor, indique todos los hermanos(as) en edad escolar de 18 años o menos)

| Nombre | Edad | Parentesco | Grado | Escuela |
|--------|------|------------|-------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES:

| Contacto de Emergencia 1 | Contacto de Emergencia 2 |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Nombre: | Nombre: |
| Teléfono de Casa: | Teléfono de Casa: |
| Teléfono Celular: | Teléfono Celular: |
| Parentesco con el Estudiante: | Parentesco con el Estudiante: |
| Idioma Primario: | Idioma Primario: |

STATUS DE FAMILIA MILITAR: (marque lo que corresponda)

- Miembros en servicio activo de las Fuerzas Armadas, Guardia Nacional y de la Reserva Nacional.
- Miembros o Veteranos gravemente lesionados y dados de alta o retirados por razones médicas durante un período de 1 año tras el alta médica o la jubilación.
- Miembros de los servicios uniformados que fallecieron estando en servicio activo o como resultado de las lesiones sufridas en el servicio activo durante un período de 1 año después de la muerte.

ORIGEN ÉTNICO/RAZA: (cheque todos os que se aplican):

- Hispano o Latino:** una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano, o cuya cultura es de origen español, independientemente de su raza.
- Indio Americano o Nativo de Alaska:** una persona que tenga su origen en cualquiera los pueblos autóctonos de América del Norte, Sur y América Central, y que mantiene una afiliación tribal o vínculos comunitarios.
- Asiático:** una persona con orígenes en cualquier de los pueblos autóctonos del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el Subcontinente Indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o Afroamericano:** una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- Blanco:** una persona con orígenes en los pueblos autóctonos de Europa, Oriente Medio o África del Norte.
- Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico:** una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos autóctonos de Hawái, Guam, Samos, Fiyi u otras islas del Pacífico.
- White:** a person having origins in any of the original peoples of Europe, Middle East, or Africa.

INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

| | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| Nombre del médico | | Teléfono: | |
| Dirección: | | | |
| ¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Nombre del plan de salud: | |
| ¿Le han hecho a su hijo(a) un examen físico completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Fecha del examen más reciente: | |
| Si ha marcado alguno de los anteriores, describa: | | | |
| <input type="checkbox"/> Problema cardíaco | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Habla | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) | | |
| <input type="checkbox"/> Alergias (alimentos, insectos, medicamentos, medio ambiente) (Especificar): | | | |
| <input type="checkbox"/> Problemas auditivos (Especifique): | | <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Audífono |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión (Especificar): | | <input type="checkbox"/> Gafas | <input type="checkbox"/> Lentos de contacto |

Cuestionario para padres de evaluación del riesgo de tuberculosis

Complete este cuestionario para ayudarnos a determinar si su hijo(a) necesita hacerse la prueba de tuberculosis (TB). Esto se utilizará para identificar a los niños y adolescentes asintomáticos para realizar pruebas de infección tuberculosa latente (LTBI).

Instrucciones: Marque todas las opciones que se aplican a su hijo. Se recomienda realizar pruebas para detectar la infección de tuberculosis latente si se marca alguna de las tres opciones a continuación.

| | |
|--|---|
| ¿Su hijo(a) nació o ha vivido en un país con una alta incidencia de tuberculosis? <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Esto incluye cualquier país que no sea Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o un país de Europa occidental o septentrional. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo(a) está actualmente o planea estar inmunodeprimido? <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Esto significa que el sistema inmunológico del cuerpo está debilitado. Esto incluye afecciones como la infección por VIH o ser receptor de un trasplante de órganos. También incluye ser tratado con ciertos medicamentos, como antagonistas del TNF-alfa (p. ej., infliximab, etanercept), antagonistas inmunosupresores de la interleucina o esteroides (equivalente a prednisona ≥ 15 mg/día por día) ≥ 1 mes) u otros medicamentos inmunosupresores. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo(a) ha tenido contacto cercano con alguien enfermo de tuberculosis infecciosa a lo largo de su vida? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| | |
|----------------------------|---------|
| Nombre del padre/cuidador: | |
| Firma: | Fecha:: |

For School Nurse Only:

No TB risk factors. TB test not indicated.
 Further testing required within 30 days of enrollment



MEDFORD PUBLIC SCHOOLS

489 WINTHROP STREET
MEDFORD, MA 02155



AUTORIZACIÓN PARA EMITIR/OBTENER EXPEDIENTES ESTUDIANTILES

Yo, _____, soy el padre/madre/cuidador legal del estudiante nombrado abajo.

Por la presente autorizo la emisión de todos los registros académicos, incluyendo el reporte de notas oficial, los resultados de las pruebas, la disciplina, la salud, la educación especial, y cualquier otra información con respecto a mi hijo a las Escuelas Públicas de Medford. Además, doy permiso a las Escuelas Públicas de Medford para que hablen con los antiguos profesores de mi hijo, el director, el orientador y otro personal de la escuela según sea necesario.

Firma del Padre/Madre/Cuidador: _____ Fecha: _____

| | | | |
|------------------------|--|---------------------|--|
| Nombre del Estudiante: | | Fecha de Nacimiento | |
|------------------------|--|---------------------|--|

| | | | |
|---------------------------------|--|--------|--|
| Nombre de la Escuela Anterior: | | Grado: | |
| Dirección de la Escuela: | | | |
| Ciudad, Estado y Código Postal: | | | |
| Número de Teléfono: | | | |
| Correo electrónico: | | | |

Please email the following records to our Registration Office at Medfordregoffice@medford.k12.ma.us

***** Para Uso Escolar *****

- Transfer Card
 Transcripts of Grades
 Health Records
 IEP/504
 Discipline and Attendance Records
 Standardized Test Scores
 ELL Testing/Folder
(for grades 10-12)

Send the complete records to the following school

- Brooks Elementary School 388 High St, Medford, MA 02155 or by fax 781-393-2174
- McGlynn Elementary School, 3002 Mystic Valley Pkwy, Medford, MA 02155 or by fax 781-393-5462
- Missituk Elementary School, 37 Hicks Ave. Medford MA 02155 or by fax 781-393-2178
- Roberts Elementary School, 35 Court St, Medford, MA 02155 or by fax 781-393-2158
- Andrews Middle School, 3000 Mystic Valley Pkwy, Medford, MA 02155 or by fax 781-395-8128
- McGlynn Middle School, 3002 Mystic Valley Pkwy, Medford, MA 02155 or by fax 781-393-5462
- Medford Registration Office 489 Winthrop St, Medford MA 02155

FORMULARIO DE PERMISO ESTUDIANTIL DE GOOGLE

El Distrito de las Escuelas Públicas de Medford puede crear cuentas para que todos los estudiantes colaboren utilizando nuestra implementación personalizada de Google Apps for education. Estas cuentas se utilizarán para proyectos relacionados con la escuela. Las normas que rigen la comunicación electrónica adecuada por parte de los estudiantes se incluyen en la Política de Uso Aceptable de la Tecnología.

Una vez asignada la cuenta el alumno pueden acceder a Google Docs, procesador de textos, hoja de cálculo, correo electrónico, calendario, herramientas de creación de sitios web, y otros servicios. Esto permite que el alumno colabore con los profesores y alumnos; además de compartir información con la familia y otros usuarios de Internet.

Correo electrónico oficial: A los estudiantes se les asignará una cuenta de correo electrónico de estudiante.

Conducta: Los estudiantes son responsables de la buena conducta. Es ilegal usar lenguaje obsceno, profano, amenazante o irrespetuoso. La comunicación con los demás debe estar siempre relacionada con el curso. Los estudiantes no deben acceder a ninguna cuenta que no sea la suya, ni compartir la información de la cuenta, ni intentar saltarse ninguna restricción o medida de seguridad. Los alumnos deben notificar al profesor cualquier cosa inapropiada o que les incomode. No se tolerará el acoso y se deberá respetar siempre la privacidad de los demás.

Restricción de acceso: El acceso y uso de Google Apps for Education es un privilegio concedido a discreción de las Escuelas Públicas de Medford. El Distrito se reserva el derecho de retirar inmediatamente el acceso y el uso de la cuenta cuando haya motivos para creer que se han producido violaciones de la ley o de las políticas del Comité Escolar del Distrito. En tales casos, la supuesta violación será remitida para una investigación más profunda y la aplicación de las consecuencias necesarias, tal como se indica en el Manual del Estudiante.

Seguridad: El Distrito de las Escuelas Públicas de Medford no garantiza la seguridad de los archivos electrónicos ubicados en los sistemas de Google. Aunque Google dispone de un potente filtro de contenidos, el colegio no puede asegurar que los usuarios no estén expuestos a material no educativo.

Privacidad: El Distrito de las Escuelas Públicas de Medford se reserva el derecho de acceder y revisar el contenido del sistema Google Apps en cualquier momento. Cada correo electrónico se registra y archiva en nuestro sistema. Las políticas del Comité Escolar del Distrito cumplen con todas las leyes de privacidad estatales y federales.

1. He discutido con mi estudiante sus responsabilidades con respecto al uso de la cuenta de Google Apps del Distrito de las Escuelas Públicas de Medford.
2. Entiendo que cualquier violación de las directrices por parte de mi estudiante puede resultar en la suspensión o revocación de su cuenta de Google Apps, la acción disciplinaria de la escuela y, si se justifica, la remisión a las autoridades policiales.
3. No responsabilizaré al Distrito de las Escuelas Públicas de Medford de ningún material al que mi alumno acceda, adquiera o transmita a través de la cuenta de Google Apps de las Escuelas Públicas de Medford.

Mi alumno y yo entendemos y estamos de acuerdo en seguir las directrices indicadas más arriba para el uso de las cuentas de Google Apps. Doy permiso para que se le asigne una cuenta de Google Apps a mi alumno.

Certifico que la información proporcionada a las Escuelas Públicas de Medford en este paquete de registro es verdadera bajo las penas o perjurio como se identifica en la Ordenanza de la Ciudad de Medford y la Política de las Escuelas Públicas de Medford.

Firma del Padre/Madre/Cuidador: _____ Fecha: _____

MEDFORD PUBLIC SCHOOLS STAFF ONLY

Authorized Signature: _____ *Date:* _____

Medford Public Schools

Encuesta de idiomas

Massachusetts es hogar de hablantes de muchos idiomas diferentes. Esta encuesta de idioma nos ayuda a conocer las habilidades de su hijo(a) en el idioma inglés y, si es necesario, brindarle apoyo para que aprenda inglés. Por favor, responda las preguntas a continuación. Si su respuesta a cualquiera de las preguntas de la SECCIÓN 1 es un idioma distinto al inglés, el distrito escolar evaluará a su hijo(a) para determinar si podría beneficiarse de apoyo en el idioma inglés.

Si necesita ayuda para completar este formulario, solicite asistencia

| | |
|---|---|
| <p>Nombre del estudiante:</p> <p>Grado:</p> <p>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):</p> <p>Nombre de padre/madre/tutor # 1:</p> <p>Nombre de padre/madre/tutor # 2:</p> | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>SECCIÓN 1:</p> <p>Estas preguntas ayudarán a la escuela a identificar a los estudiantes que pueden necesitar apoyo en el idioma inglés. Si su respuesta a cualquiera de las preguntas 1-3 es un idioma distinto al inglés, se evaluará el uso y comprensión del inglés por parte de su hijo(a) para determinar si necesita apoyo adicional.</p> | <p>1. Enumere el/los idioma(s) que los padres y/o cuidadores principales utilizan para comunicarse con su hijo(a) en el hogar.</p> <hr/> <p>2. Enumere el/los idioma(s) que su hijo(a) utiliza actualmente para comunicarse con los demás.</p> <hr/> <p>3. Enumere el/los idioma(s) que su hijo(a) entendió y utilizó primero para comunicarse.</p> <hr/> |
| <p>SECCIÓN 2:</p> <p>Servicios de interpretación y traducción</p> <p>Esta sección le permitirá a la escuela saber si usted, padre/madre/encargado legal, necesita un intérprete o documentos traducidos.</p> <p><i>Esta sección es solo para fines informativos y no se utiliza para identificar si su hijo(a) necesita apoyo para aprender inglés.</i></p> | <p>4. ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir la comunicación escrita de la escuela?</p> <p>Padre/madre/tutor # 1: _____</p> <p>Padre/madre/tutor # 2: _____</p> <p>5. ¿Preferiría que la escuela le proporcione un intérprete sin costo durante reuniones y llamadas telefónicas sobre su hijo(a) (incluyendo Lengua de Señas Americana u otros tipos de lenguaje de señas)?</p> <p>____ Sí ____ No En caso afirmativo, ¿en qué idioma(s)?</p> <p>Padre/madre/tutor # 1 _____</p> <p>Padre/madre/tutor # 2: _____</p> |

Medford Public Schools

Encuesta de idiomas

SECCIÓN 3

[Opcional]: Educación previa

Esta sección proporcionará a la escuela información general sobre su estudiante y su educación previa.

Esta sección es opcional y no se utiliza para identificar si su hijo(a) necesita apoyo para aprender inglés.

6. Liste el nombre y la ubicación de la última escuela a la que asistió su hijo(a).

Nombre de la escuela: _____

Ciudad/pueblo _____ País: _____

7. ¿Cuántos años ha asistido su hijo(a) a la escuela en los Estados Unidos? (empezando con el kindergarten) _____ Indique la fecha en que su hijo(a) comenzó la escuela en los Estados Unidos, si la conoce (mm/aaaa): _____

8. ¿Su hijo(a) ha asistido alguna vez a la escuela fuera de los Estados Unidos?

_____ Sí _____ No _____ No estoy seguro

Si es así, ¿por cuántos años? _____ ¿En qué idioma(s) aprendió su hijo(a) mientras asistía a la escuela fuera de los Estados Unidos?

9. ¿Su hijo(a) ha recibido alguna vez apoyo para mejorar su inglés en escuelas de Estados Unidos?

_____ Sí _____ No _____ No estoy seguro

10. ¿Hay algo más que crea que es importante que la escuela sepa sobre su hijo(a)? (por ejemplo, ¿intereses especiales, talentos o inquietudes que tiene sobre la experiencia de su hijo(a) en la escuela?)

Nombre de padre/madre/encargado legal:

Firma de padre/madre/encargado legal:

Fecha (mm/dd/aaaa):



SOLO PARA ESTUDIANTES QUE INGRESAN A LOS GRADOS 6-12

Formulário De Aceitação De Empréstimo Do Chromebook Para Uso Do Aluno

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **ESCUELA:** _____

Medford Public Schools (MPS) le entregará un Chromebook para hacer las tareas escolares en la escuela y en casa. Eres responsable de este computador, su Cargador y Protector en todo momento. No se debe esperar que un portátil robado o dañado sea sustituido por un equipo idéntico.

Al firmar este formulario, usted acepta y está de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. Estoy recibiendo un Chromebook, Cargador y Protector, asignado por MPS para uso estudiantil
2. Asumo la responsabilidad de la seguridad y el cuidado adecuado del Chromebook
3. Entiendo que el Chromebook y su software son propiedad de MPS y lo utilizaré de acuerdo con la Política de Uso Responsable de MPS
4. No modificaré el Chromebook, ni cambiaré su configuración de ninguna manera, ni desarmaré ninguna parte de él, ni intentaré ninguna reparación.
5. Voy a devolver la computadora portátil en la misma condición en la que se fue entregado
6. Estoy de acuerdo en pagar \$50.00 para reemplazar la computadora portátil en caso de:
 - a) Pérdida o extravío
 - b) Daño, en este caso estoy de acuerdo en devolver el aparato dañado
 - c) Robo, en este caso estoy de acuerdo en presentar un informe oficial de la policía a MPS
7. Estoy de acuerdo en pagar \$25.00 por el Cargador; y \$10.00 por el Protector en caso de pérdida o daño

Nombre del Padre/Madre/ Cuidador: _____

Firma del Padre/Madre/Cuidador (requerido si el alumno es menor de 18 años): _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

El pago por un Chromebook, Cargador y/o Protector dañado/perdido/robado puede hacerse con tarjeta de crédito/debito, dinero en efectivo, cheque o giro postal a nombre de Medford Public Schools.

Si hay alguna razón por la que no puede pagar por un Chromebook o sus accesorios perdido, dañado o robado; por favor firme abajo y traiga este formulario a su Asistente del Director antes de recoger otro Chromebook.



MEDFORD PUBLIC SCHOOLS

489 WINTHROP STREET
MEDFORD, MA 02155
Medfordregoffice@medford.k12.ma.us



SOLO PARA ESTUDIANTES QUE INGRESAN A LOS GRADOS 6-12

Formulario de consentimiento de los padres: Acetaminofeno (p.ej:Tylenol)

Estimados padres/cuidadores,

La enfermera de la escuela puede administrar Acetaminofeno a su hijo, con su permiso, para quejas menores de dolor de cabeza, cólicos o dolor general. Cada estudiante será evaluado individualmente por la enfermera de la escuela de turno antes de la administración. Las enfermedades más graves se remitirán inmediatamente a los padres/ cuidadores.

Complete el formulario si autoriza a su hijo a recibir Acetaminofeno en una dosis normal. De acuerdo con la Política de Drogas de las Escuelas Públicas de Medford y la ley de Massachusetts, cualquier otro medicamento, ya sea de venta libre (OTC) o recetado, debe tener una receta y la autorización de los padres/ cuidadores. El formulario completo debe devolverse a las enfermeras de la escuela de su hijo.

Gracias

Jennifer Silva, M.Ed., BSN, RN, NCSN
Director de Servicios de Salud, Escolos Públicas de Medford jsilva@medford.k12.ma.us

| | | |
|---|--|---|
| Nombre del Estudiante: | | Serie/Año: |
| Seleccione la dosis adecuada de Acetaminofeno 325 mg comprimido por vía oral. | <input type="checkbox"/> 325mg (1 comprimido) | <input type="checkbox"/> 650mg (2 comprimidos) |
| Otros medicamentos que el estudiante está tomando actualmente: | | |
| Cualquier alergia o condición médica conocida: | | |
| Firma de los padres/cuidadores: _____ | | Fecha: _____ |
| Nombre and número de contacto de emergencia (1): _____ | | |
| Nombre and número de contacto de emergencia (2): _____ | | |



SOLO PARA ESTUDIANTE QUE INGRESAN AL JARDÍN DE INFANTES

ENCUESTA SOBRE LA EXPERIENCIA EN EDUCACIÓN PREESCOLAR

| | | |
|--------------------------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> | Mi hijo no tuvo ninguna experiencia formal en programas de educación preescolar | 01 |
| <input type="checkbox"/> | Mi hijo no tuvo experiencia formal en programas de educación preescolar, pero participo en los servicios de <u>Participación Coordinada de la Familia y la Comunidad</u> | 02 |
| <input type="checkbox"/> | Mi hijo no tuvo experiencia formal en programas para la primera infancia, pero participo en los servicios del <u>Programas de Padres y Niños en el Hogar</u> | 03 |
| <input type="checkbox"/> | Mi hijo no tuvo experiencia formal en un programa para la primera infancia, pero participó tanto en los servicios del <u>Programa Coordinado de Participación Familiar y Comunitaria</u> como también en los del <u>Programa de Padres y Niños en el Hogar</u> | 04 |
| <input type="checkbox"/> | Mi hijo asistió a un proveedor de <u>Cuidado Infantil Familiar con Licencia</u> (<i>indique las horas abajo</i>) <input type="checkbox"/> Menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> 20+ horas por semana | 05/06 |
| <input type="checkbox"/> | Mi hijo asistió a un <u>Centro de Cuidado Infantil</u> (<i>indique las horas abajo</i>) <input type="checkbox"/> Menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> 20+ horas por semana | 07/08 |
| <input type="checkbox"/> | Mi hijo asistió tanto a un proveedor de <u>Cuidado Infantil Familiar con Licencia</u> como a un <u>Centro de Cuidado Infantil</u> (<i>indique las horas abajo</i>) <input type="checkbox"/> Menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> 20+ horas por semana | 09/10 |