



**ASHLAND**  
PUBLIC SCHOOLS

# KINDERGARTEN

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE REGISTRO

### Paso uno: Descargue el paquete de registro del sitio web

Visite el sitio web de las Escuelas Públicas de Ashland, en Inscripción de jardín de infantes  
Descargue, complete y firme el paquete de registro [ashland.k12.ma.us/KinderRegistration](https://ashland.k12.ma.us/KinderRegistration)

### Paso dos: Reúna los documentos necesarios:

- Acta de nacimiento original con sello en relieve** (certificado de nacimiento original, pasaporte o documentación de adopción/tutela)
- Prueba válida de residencia** (hipoteca, contrato de arrendamiento firmado, factura de impuesto sobre bienes inmuebles)
- Prueba válida de ocupación** (factura de Eversource, carta de servicio de Eversource, otras facturas de servicios públicos)
- Registro de vacunación del estudiante más actualizado**
- Copia del **examen físico** realizado dentro de los 12 meses anteriores al primer día de clases o cita con el médico para un examen físico
- Prueba válida con fotografía de la identidad del padre/tutor** (Licencia de conducir, Pasaporte)
- Documentos de tutela o acuerdos de custodia legal, **si corresponde**
- Registros de estudiantes de inglés (EL), WIDA ACCESS** puntuaciones o documentación EL
- Copia del Programa de Educación Individualizada del Estudiante (IEP) o Copia del Plan 504 del Estudiante

### Paso tres: Día de inscripción al jardín de infantes sábado 31 de enero de 2026, de 9 a. m. a 12 p. m.

- Traiga el paquete de inscripción completo
- Traiga toda la documentación requerida con usted
- Uno de los padres con custodia o un tutor legal debe estar presente durante el registro.

¿Necesita ayuda? Contacte a Colleen Brewer, Registradora de Distrito, al 508-532-4005  
[registro@ashland.k12.ma.us](mailto:registro@ashland.k12.ma.us)



# REGISTRO DE ESTUDIANTE

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y LA FAMILIA

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Primer nombre		Segundo nombre	
Apellido			
Dirección actual:			
¿Niño de crianza o bajo tutela estatal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	El estudiante vive con:
Ciudad de nacimiento:	Estado:	País:	
Idioma principal:		Fecha de llegada a Estados Unidos (si corresponde):	
Fecha de nacimiento:	Sexo/Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	Fecha de inscripción:
Entrando a la escuela:	Grado de entrada:	Último grado completado:	
Antes de la escuela:			
Dirección de la escuela anterior:			

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR	
Cuidador principal #1	Cuidador principal #2
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Teléfono Principal:	Teléfono Principal:
Teléfono alternativo:	Teléfono alternativo:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
¿Militar Activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Militar Activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN FAMILIAR				
Enumere todos los niños de la familia (incluido el niño que está registrando) en orden cronológico.				
	Nombre	Sexo/Género	Fecha de nacimiento	Grado
1.				
2.				
3.				
4.				

**Nota:** Adjunte una copia del acuerdo de custodia legal o la orden de restricción si corresponde. Sin esta información, cualquiera de los padres puede acceder a la información educativa de su hijo y/o despedir/retirar a su hijo en cualquier momento.



# REGISTRO DE ESTUDIANTE

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y LA FAMILIA

### ELEGIBILIDAD DE MCKINNEY-VENTO

Las respuestas a la siguiente información de residencia ayudarán al distrito escolar a determinar los servicios para los que su hijo puede ser elegible en relación con la [Ley McKinney-Vento](#).

1.	¿Su dirección actual se debe a violencia doméstica o a un arreglo de vivienda de emergencia?	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No
2.	¿Su arreglo de vivienda se debe a la pérdida de vivienda, dificultades económicas u otras razones similares?	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No

Si respondió afirmativamente a una de las preguntas anteriores, ¿dónde vive actualmente el estudiante que está registrando?

- Con usted en la residencia de un familiar, amigo o conocido  
 En un lugar no diseñado para alojamiento ordinario para dormir (por ejemplo, automóvil, parque, campamento, sótano, en el piso, sala de estar)  
 en un refugio or albergue para desamparados     
  en un motel/hotel     
  Moviéndose de un lugar a otro

### DEMOGRAFÍA DEL ESTUDIANTE

El Departamento de Educación de Massachusetts requiere que los distritos recopilen los siguientes datos demográficos para cada estudiante.

#### ETNIA

¿El estudiante es hispano o latino? *Seleccione solo uno.*

- No, el estudiante no es hispano ni latino.  
 Sí, el estudiante es hispano o latino (una persona de origen cubana, mexicana, chicana, puertorriqueña, sudamericana, brasileña o centroamericana u otra cultura u origen española, independientemente de la raza).

#### RAZA

Seleccione la(s) raza(s) con las que se identifica el estudiante. Debe seleccionar al menos una..

<input type="checkbox"/>	Asiático	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
<input type="checkbox"/>	Indio americano o nativo de Alaska	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene una afiliación tribal o un apego comunitario.
<input type="checkbox"/>	Afrodescendiente o afroamericano	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico	Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
<input type="checkbox"/>	Blanco	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o África del Norte.



# REGISTRO DE ESTUDIANTE

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA SANITARIA

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Los requisitos de salud exigidos por el estado incluyen lo siguiente: Se requieren exámenes físicos en los grados PK, K, 4, 7 y 10.

El examen de la vista se realiza anualmente en los grados PK, K-5, 7 y 10. El examen de audición se realiza anualmente en los grados PK, K-3, 7 y 10. El examen postural se realiza anualmente en los grados 5 al 9. Se realiza el examen del índice de masa corporal (IMC) anualmente en los grados 1, 4, 7 y 10. La evaluación SBIRT (detección, intervención breve y remisión a tratamiento) se realiza anualmente en los grados 7 y 9.

Los padres que opten por renunciar a las evaluaciones posturales, de IMC o SBIRT deben presentar una solicitud por escrito a la enfermera de la escuela.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
Contacto #1	Contacto #2
Nombre:	Nombre:
Teléfono Principal:	Teléfono Principal:
Teléfono alternativo:	Teléfono alternativo:
Relación con el estudiante:	Relación con el estudiante:
idioma principal:	idioma principal:

PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD	
<b>Pediatra</b>	
Nombre:	Teléfono:
<b>Dentista</b>	
Nombre:	Teléfono:
<b>ortodoncista</b>	
Nombre:	Teléfono:
<b>Seguro de salud</b>	
Nombre:	

¿Tiene su hijo permiso para recibir Tylenol, ibuprofeno, TUMS, pastillas para la garganta en la escuela, según sea necesario?  Sí  No

En caso de emergencia, doy permiso para que mi hijo sea transportado en ambulancia al Centro Médico MetroWest - Campus de Framingham para recibir tratamiento. Entiendo que seré notificado de la emergencia tan pronto como sea posible.

Notificaré a la escuela si hay algún cambio en la información anterior.

Firma del padre / tutor

Fecha



# REGISTRO DE ESTUDIANTE

## HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

El Historial de Salud del Estudiante es un documento confidencial requerido para todos los estudiantes que ingresan a las Escuelas Públicas de Ashland. Informe a las enfermeras escolares de cualquier cambio en la salud de su hijo durante el año escolar.

1. ¿Ha habido cambios recientes en su familia que puedan afectar a su hijo? En caso afirmativo, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) y explique en el espacio a continuación.

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nacimiento de un hermano | <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil | <input type="checkbox"/> Cambio de vivienda  | <input type="checkbox"/> despliegue militar |
| <input type="checkbox"/> muerte reciente          | <input type="checkbox"/> enfermedad familiar       | <input type="checkbox"/> Cambio en el empleo | <input type="checkbox"/> Otro:              |

2. ¿Usa su hijo anteojos o lentes de contacto?

Sí  No

3. ¿Su hijo usa audífonos?

Sí  No

4. ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado y/o operado? En caso afirmativo, indique las fechas y explique a continuación.

Sí  No

5. ¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo, marque las casillas correspondientes y explique en el espacio a continuación.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído (frecuentes) | <input type="checkbox"/> enfermedad de Lyme | <input type="checkbox"/> Neumonía                                   |
| <input type="checkbox"/> Encefalitis                      | <input type="checkbox"/> Meningitis         | <input type="checkbox"/> Infecciones por estreptococos (frecuentes) |
| <input type="checkbox"/> Fiebre alta                      | <input type="checkbox"/> tos ferina         | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                               |

6. ¿Su hijo ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones? En caso afirmativo, marque las casillas correspondientes y explique en el espacio a continuación.

- |                                      |   |   |  |   |
|--------------------------------------|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> AGREGAR     | <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Escuchando problemas      | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular     |
| <input type="checkbox"/> TDAH        | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral     | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón     | <input type="checkbox"/> Condición de piel      |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad    | <input type="checkbox"/> Concusión              | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio     | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón      | <input type="checkbox"/> Desorden del sueño     |
| <input type="checkbox"/> Asma        | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística      | <input type="checkbox"/> Encopresis/estreñimiento | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental | <input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette   |
| <input type="checkbox"/> Autismo/TEA | <input type="checkbox"/> Depresión              | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones   | <input type="checkbox"/> Migrañas                  | <input type="checkbox"/> Dificultades de visión |



# REGISTRO DE ESTUDIANTE

## HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

7. ¿Tiene su hijo alguna alergia (p. ej., alimentos, medicinas, látex, estacional, insectos)? En caso afirmativo, explique a continuación y sea específico.  Sí  No

8. ¿Toma su hijo algún medicamento diariamente o según sea necesario para sus alergias? En caso afirmativo, enumere a continuación.  Sí  No

9. ¿Toma su hijo algún otro medicamento diariamente o según sea necesario? En caso afirmativo, indique cada medicamento y para qué enfermedad o afección lo toma.  Sí  No

10. ¿Hay algún diagnóstico no mencionado anteriormente que afecte a su hijo? Si es así, por favor explique.

11. ¿Hay algo sobre la salud mental o física de su hijo que le gustaría que la enfermera de la escuela sepa que no se ha abordado hasta ahora? ¿Entonces qué?

Gracias por proporcionar esta valiosa información sobre la salud de su hijo. Si su hijo tiene una enfermedad crónica que requiere más conversación, comuníquese con la enfermera de la escuela para programar una reunión. Por favor visita [ashland.k12.ma.us/Salud](https://ashland.k12.ma.us/Salud) para obtener información de contacto o detalles adicionales.

Firma del padre / tutor

Fecha



# REGISTRO DE ESTUDIANTE

## ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

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.**

<b>Nombre del estudiante:</b>	
<b>Grado:</b>	
<b>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):</b>	
<b>Nombre de padre/madre /encargado legal n.º 1:</b>	
<b>Nombre de padre/madre /encargado legal n.º 2:</b>	
<p><b>SECCIÓN 1:</b> 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> <p>_____</p> <p>2. Enumere el/los idioma(s) que su hijo utiliza actualmente para comunicarse con los demás.</p> <p>_____</p> <p>3. Enumere el/los idioma(s) que su hijo entendió y utilizó primero para comunicarse.</p>
<p><b>SECCIÓN 2: Servicios de interpretación y traducción</b> 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 <b>comunicación escrita</b> de la escuela?</p> <p>Nombre de padre/madre/encargado legal n.º 1: _____</p> <p>Nombre de padre/madre/encargado legal n.º 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)? ____ Sí ____ No</p> <p>En caso afirmativo, ¿en qué idioma(s)?</p> <p>Nombre de padre/madre/encargado legal n.º 1 _____</p> <p>Nombre de padre/madre/encargado legal n.º 2: _____</p>

# REGISTRO DE ESTUDIANTE

## ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

**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? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el último grado en el que estuvo inscrito(a) o completó su hijo(a)? \_\_\_\_\_

9. ¿Su hijo 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):**



# REGISTRO DE ESTUDIANTE

## LIBERACIÓN DE REGISTROS

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER EXPEDIENTES ESTUDIANTILES

Yo, \_\_\_\_\_, soy el padre/tutor legal del estudiante mencionado a continuación. Por la presente, autorizo la divulgación de todos los registros académicos, incluidas las transcripciones oficiales, los resultados de las pruebas, la disciplina, la salud, la educación especial, los registros de los estudiantes de inglés y cualquier otra información sobre mi hijo hacia/desde Ashland Public Schools. Además, doy permiso a Ashland Public Schools para hablar con los maestros anteriores/nuevos, el director, el consejero escolar y otro personal escolar de mi hijo, según sea necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Dirección actual:

Nombre de la escuela anterior o nueva:

Nivel de grado:

Dirección de Escuela:

Ciudad, Estado y Código Postal:

Número de teléfono:

Número de fax:

### FOR SCHOOL USE ONLY

School records must be requested from or submitted to:

School	Address	Fax	Email	
♦ Ashland High School	65 E. Union St.	508-881-0186	Jessica Blank	<a href="mailto:jblank@ashland.k12.ma.us">jblank@ashland.k12.ma.us</a>
♦ Ashland Middle School	87 W. Union St.	508-881-0169	Christine Watt	<a href="mailto:cwatt@ashland.k12.ma.us">cwatt@ashland.k12.ma.us</a>
♦ David Mindess School	90 Concord St.	508-881-0153	Jamie Giles	<a href="mailto:jgiles@ashland.k12.ma.us">jgiles@ashland.k12.ma.us</a>
♦ Henry E. Warren Elementary School	73 Fruit St.	508-881-0191	Girija Phatak	<a href="mailto:gphatak@ashland.k12.ma.us">gphatak@ashland.k12.ma.us</a>
♦ William Pittaway School	75 Central St.	508-881-0148	Donna Pederson	<a href="mailto:dpederson@ashland.k12.ma.us">dpederson@ashland.k12.ma.us</a>

Special education records must be requested from or submitted to:

Makayla Warner	508-881-0152	87 West Union Street, Ashland, MA. 01721	<a href="mailto:mwarner@ashland.k12.ma.us">mwarner@ashland.k12.ma.us</a>
----------------	--------------	--	--



# REGISTRO DE ESTUDIANTE

## ENCUESTA DE EXPERIENCIA EN LA PRIMERA INFANCIA

Esta encuesta es requerida por el Departamento de Educación Primaria y Secundaria del estado para todos los estudiantes de Kindergarten.

Nombre del estudiante:

---

¿Qué tipo de experiencia educativa ha tenido su hijo antes del jardín de infantes? Por favor, solo marque uno.

1.  Sin experiencia formal en programas para la primera infancia
2.  Apoyo familiar: participación coordinada de la familia y la comunidad (CFCE)
3.  Apoyo familiar: Programa de hogar para padres e hijos (PCHP)
4.  Apoyo familiar: tanto CFCE como PCHP
5.  Formal: proveedor de cuidado infantil familiar con licencia menos de 20 horas por semana
6.  Formal: proveedor de cuidado infantil familiar con licencia más de 20 horas por semana
7.  Formal: programa basado en el centro de menos de 20 horas por semana
8.  Formal: programa basado en el centro de más de 20 horas por semana
9.  Formal: AMBOS proveedores de cuidado infantil familiar y programa basado en el centro menos de 20 horas por semana
10.  Formal: AMBOS proveedores de cuidado infantil familiar y programa basado en el centro más de 20 horas por semana

Nombre del padre/tutor:

Fecha:

---