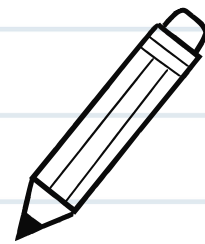


DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE GETTYSBURG



LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN K-12

Tenga en cuenta que se requieren los siguientes documentos para completar todas las inscripciones de estudiantes:

- **Comprobante de edad del estudiante** (por ejemplo, certificado de nacimiento o pasaporte)
- **Comprobante de residencia en GASD** (por ejemplo, copia del contrato de arrendamiento, escritura hipotecaria, contrato de venta, factura de impuestos, servicios públicos o registro del vehículo)
- **Registro de vacunación**
- **Identificación con foto del padre/tutor**

Puede adjuntar los documentos anteriores en Skyward, enviarlos por correo electrónico a vlee@gasd-pa.org, llevarlos al Edificio de Administración, 900 Biglerville Road, Gettysburg, PA 17325, o enviarlos por fax al 717-334-5220.

**LAS INSCRIPCIONES SE ABREN EL
16 DE MARZO DE 2026**



Para cualquier pregunta
Por favor contáctenos:

Correo electrónico: vlee@gasd-pa.org

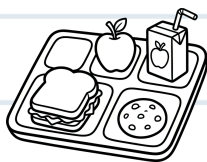
Teléfono: 717-334-6254 ext. 1501

Regístrese en línea en
[gettysburg.k12.pa.us](https://gettysburg.k12.pa.us/register)
/register o escanee
el código QR:





DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE GETTYSBURG



SERVICIO DE COMIDA



¡Así es como el Departamento de Servicio de Alimentos garantiza que cada guerrero tenga combustible para aprender y crecer!

¿Qué son las comidas gratuitas y reducidas?



El desayuno es gratuito para todos los estudiantes y no es necesario realizar ningún proceso de solicitud.



El almuerzo está disponible sin costo para los estudiantes de familias que cumplen con las pautas de elegibilidad.

Cómo aplicar:

1.

Complete la solicitud de comidas gratuitas y reducidas.

2.

Solicite en línea a través del código QR de arriba o devuelva el formulario en papel al distrito.

3.

La solicitud de comida en línea es rápida y sencilla, y los resultados de las notificaciones están disponibles rápidamente después del envío.



Gestiona la cuenta de comidas de tu estudiante:

- Visita schoolcafe.com/GettysburgASD y haz clic en **Registrarse**
- Seleccione **"Soy padre/madre"** y haga clic en **"Siguiente"**
- Ingrese el nombre del distrito escolar y haga clic en **Siguiente**
- Ingrese su nombre, información de contacto y haga clic en **Siguiente paso**
- Sigue los pasos para configurar tu nombre de usuario y contraseña, selecciona una **pregunta de seguridad**, responde las indicaciones de reCAPTCHA, acepta los **Términos y condiciones** y haz clic en **Crear mi cuenta**

schoolcafé

Agrega a tu(s) estudiante(s)

1. Haz clic en **Estudiantes** → **Cuentas de estudiantes**
2. Haz clic en **Agregar un estudiante**
3. Ingrese el número de identificación de su estudiante
4. Seleccione la **escuela** de su hijo/a
5. Haga clic en **Buscar y verificar estudiante**
6. Haz clic en **Agregar este estudiante**



Agregar fuente de pago

1. Haz clic en **Mi cuenta** → **Métodos de pago**
2. Haz clic en **Agregar una tarjeta**
3. Introduzca un nombre breve y descriptivo para la tarjeta para identificarla.
4. Ingrese la información de la tarjeta y haga clic en **Agregar tarjeta**

¿Preguntas?

Correo electrónico: tsignor@gasd-pa.org
Teléfono: 717-334-6254 ext. 1204



TRANSPORTE DE GUERREROS

Todo lo que necesita saber sobre el proceso que mantiene a nuestros guerreros seguros y en movimiento.

RECORDATORIOS IMPORTANTES

Horarios de recogida y entrega

Nuestros conductores de autobús se esfuerzan por llegar puntualmente a cada parada, pero los horarios pueden variar debido al tráfico y al número de estudiantes que viajan diariamente. Solicitamos a las familias que lleguen a la parada 10 minutos antes de la hora de recogida.

Información y notificaciones del autobús

- El transporte y autobús para estudiantes se enviará el 10 de agosto de 2026.
- Esa información estará disponible en Skyward el 11 de agosto de 2026.

Cambios

Las solicitudes de cambios de transporte deben realizarse a más tardar el 27 de julio de 2026 para garantizar que estén disponibles para el primer día de clases.

Responsabilidades del estudiante ciclista

Se espera que todos los estudiantes sigan el Código de conducta estudiantil de GASD y las reglas del autobús.

Solicitar cambios de ruta durante el año escolar

Cualquier cambio en la hora de recogida o entrega puede hacerse por teléfono o correo electrónico con al menos dos días hábiles de anticipación. Para la seguridad de todos, los conductores de autobús no pueden hacer paradas no programadas ni cambiar de ruta. Los estudiantes solo pueden subir y bajar del autobús en su parada asignada.

Escanee el código QR para obtener información de transporte:



¿Preguntas? Correo electrónico: tdarnell@gasd-pa.org
Teléfono: 717-334-6254 ext. 1263

¿ESTÁ MI HIJO LISTO PARA EL KINDERGARTEN?

Aquí tienes algunas actividades que tu hijo debería poder hacer de forma totalmente independiente antes de empezar el kínder. Si no puede, empieza a trabajar en ellas en casa durante los próximos meses para prepararlo para el éxito.



HABILIDADES MOTORAS FINAS

- ☐ Sostenga un lápiz
- ☐ Escribe el nombre
- ☐ Utilice tijeras para cortar formas básicas
- ☐ Trazar líneas, formas y letras
- ☐ Colorea una imagen sencilla dentro de líneas



HABILIDADES DE AUTOAYUDA

- ☐ Utilice el baño de forma independiente
- ☐ Subirle la cremallera al abrigo
- ☐ Abotonar/abrochar los pantalones
- ☐ Reconocer su nombre y apellido



HABILIDADES ACADÉMICAS

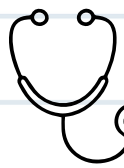
- ☐ Contar hasta 20 y reconocer los números del 1 al 10
- ☐ Canta y di el abecedario
- ☐ Sepa qué es una letra frente a un número
- ☐ Siéntese y escuche la lectura de una historia o un libro durante 5 a 10 minutos
- ☐ Recordar eventos de una historia



HABILIDADES SOCIALES

- ☐ Complete las instrucciones de 2 pasos
- ☐ Juega un juego y acepta perder
- ☐ Tomar turnos/compartir mientras juegan
- ☐ Esperar pacientemente en la fila de una tienda
- ☐ Completar tareas sin ayuda de un adulto
- ☐ Juega con el mismo juguete durante 15 minutos o más
- ☐ Manejar el “no” sin razonar ni discutir
- ☐ Reaccionar de acuerdo al tamaño de un problema
- ☐ Controlar las emociones





DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE GETTYSBURG



SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR



Información sobre el jardín de infancia y preguntas frecuentes

¿Qué vacunas se requieren para comenzar el jardín de infantes?

- ✓ Sarampión, paperas y rubéola (MMR): 2 dosis
- ✓ Hepatitis B: 3 dosis
- ✓ Varicela: 2 dosis o evidencia de inmunidad
- ✓ Polio (IPV): 4 dosis (incluida una al cumplir 4 años o después)
- ✓ Tétanos, difteria, tos ferina (DTaP): 4 dosis (incluida una al cumplir 4 años o después)



¿Puede mi hijo comenzar el primer día si tiene una cita programada para completar sus vacunas después del primer día de clases?

Cumplimiento: Los estudiantes deben cumplir estos requisitos o contar con un plan médico específico para completarlos dentro de los primeros cinco días de clases para evitar la exclusión. Consulte con la enfermera de su escuela para obtener más información.

- ➔ **Exámenes físicos:** Se requiere que los estudiantes, al ingresar por primera vez, se sometan a una evaluación integral de su salud. El examen físico debe completarse dentro de los 12 meses previos al inicio del año escolar. Los formularios están disponibles en línea y en cada escuela.
- ➔ **Exámenes dentales:** En las escuelas públicas de Pensilvania, los exámenes dentales son obligatorios para los estudiantes que ingresan a la escuela (Kínder/1.er grado). Esto requiere una revisión con un dentista privado o una evaluación escolar. Los formularios están disponibles en línea o en las oficinas escolares para que los dentistas privados los completen. Si no se devuelve el formulario del dentista privado, se realizará una evaluación escolar en otoño.

Requisitos de hábitos de salud en el jardín de infancia

Para la salud, la seguridad y el bienestar de los estudiantes, es imperativo que quienes ingresan a la escuela dominen hábitos de salud esenciales. Estos hábitos incluyen:

- ✓ Los estudiantes deberán tener habilidades para lavarse las manos usando jabón y agua tibia.
- ✓ Los estudiantes deberán poder usar un pañuelo para sonarse la nariz.
- ✓ Los estudiantes deberán estar entrenados para usar el baño, tanto para la vejiga como para los intestinos.
- ✓ Los estudiantes deberán cubrirse la boca al toser o estornudar.
- ✓ Los estudiantes deberán tener una buena higiene al utilizar el baño.

Estos hábitos esenciales promoverán la salud y una autoestima positiva en todos los alumnos del aula. Es responsabilidad de los padres asegurarse de que dominen estas habilidades antes del ingreso a la escuela.

Contactos

Enfermera de James Gettys
Teléfono: 717-334-6254,
opt 5 ext. 1227
Correo electrónico:
mweikert@gasd-pa.org

Enfermera de Franklin Twp
Teléfono: 717-334-6254,
opt 6 ext. 3284
Correo electrónico:
rmead@gasd-pa.org

Enfermera de Lincoln
Teléfono: 717-334-6254,
opt 4 ext. 7127
Correo electrónico:
ksites@gasd-pa.org

Escanee el código QR para obtener los formularios del Servicio de Salud





pennsylvania
DEPARTMENT OF HEALTH

Oficina de Sistemas de salud comunitarios
División de salud escolar

**Examen físico
PRIVADO O ESCOLAR
DEL ALUMNO EN EDAD ESCOLAR**

PADRE/MADRE/TUTOR/ALUMNO:

Complete la primera página de este formulario
antes del examen del alumno. Lleve el
formulario completo a la cita.

Nombre del alumno _____

Fecha de hoy _____

Fecha de nacimiento _____

Edad al momento del examen _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Medicamentos y alergias: enumere todos los medicamentos con receta, medicamentos sin receta y suplementos (a base de hierbas/nutricionales) que el alumno toma actualmente:

¿Tiene el alumno alguna alergia? ☐ No ☐ Sí (Si la respuesta es sí, enumere las alergias y reacciones específicas).

☐ Medicamentos

☐ Polen

☐ Alimentos

☐ Picaduras de insectos

Complete la siguiente sección con una marca en las columnas SÍ o NO; encierre en un círculo aquellas preguntas cuya respuesta desconoce.

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD:	El alumno:	SÍ	NO
1. ¿Tiene alguna afección médica permanente? Si es así, nómbrela: ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ Infección Otra _____			
2. ¿Alguna vez ha pasado más de una noche internado?			
3. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?			
4. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?			
5. ¿Ha tenido antecedentes de haber nacido sin un riñón, un ojo, un testículo (si es hombre), el bazo o algún otro órgano, o no tiene alguno de estos órganos en la actualidad?			
6. ¿Alguna vez se ha sentido mal mientras hacía ejercicio expuesto al calor?			
7. ¿Ha tenido calambres musculares frecuentes mientras hacía ejercicio?			
CABEZA/CUELLO/COLUMNA VERTEBRAL:	El alumno:	SÍ	NO
8. ¿Ha tenido dolores de cabeza al hacer ejercicio?			
9. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión o contusión en la cabeza?			
10. ¿Alguna vez ha tenido un golpe en la cabeza que le haya causado confusión, dolores de cabeza prolongados o problemas de memoria?			
11. ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento, hormigueo o debilidad en sus brazos o piernas luego de haberse golpeado o caído?			
12. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o piernas luego de haberse golpeado o caído?			
13. ¿Ha notado o se le ha informado que tiene la columna vertebral curvada o con escoliosis?			
14. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos (visión) o antecedentes de lesión en un ojo?			
15. ¿Usa anteojos o lentes de contacto recetados?			
CORAZÓN/PULMONES:	El alumno:	SÍ	NO
16. ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?			
17. ¿Alguna vez ha tenido un diagnóstico médico de problemas de corazón? Si es así, marque lo que corresponda: ☐ Hipertensión arterial ☐ Soplo cardíaco o infección cardíaca ☐ Colesterol alto ☐ Enfermedad de Kawasaki ☐ Otro _____			
18. ¿Ha recibido el pedido de un médico de realizarse un examen cardíaco? (Por ejemplo, ECG, electrocardiograma).			
19. ¿Ha tenido tos, jadeo, dificultad al respirar, falta de aliento o se ha sentido mareado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?			
20. ¿Ha sentido malestar, dolor, sensación de ahogo u opresión en el pecho durante el ejercicio?			
21. ¿Ha sentido que el corazón se acelera o saltea latidos durante el ejercicio?			
HUESOS/ARTICULACIONES:	El alumno:	SÍ	NO
22. ¿Ha tenido una quebradura o fractura, fractura por fatiga o una articulación dislocada?			
23. ¿Ha tenido lesiones en un músculo, ligamento o tendón?			
24. ¿Ha tenido una lesión que requirió aparatos ortopédicos, yeso, muletas o aparatos ortopédicos?			
25. ¿Ha necesitado una radiografía, una resonancia magnética, una tomografía computarizada, una inyección o fisioterapia luego de una lesión?			
26. ¿Ha sentido dolor, inflamación, calor o enrojecimiento en articulaciones?			
PIEL:	El alumno:	SÍ	NO
27. ¿Ha tenido sarpullidos, úlceras por presión u otros problemas cutáneos?			
28. ¿Ha tenido herpes o alguna infección cutánea por SARM?			

APARATO GENITOURINARIO:	El alumno:	SÍ	NO
29. ¿Ha tenido dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?			
30. ¿Ha tenido antecedentes de infecciones en el tracto urinario o de orinarse en la cama?			
31. SOLO PARA MUJERES: ¿Ha tenido el periodo menstrual? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí: ¿A qué edad fue su primer período menstrual? _____ ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses? _____ Fecha del último periodo: _____			
DENTAL:		SÍ	NO
32. ¿Ha tenido algún dolor o problema en las encías o dientes?			
33. Nombre del dentista del alumno: _____ Última visita al dentista: ☐ menos de 1 año ☐ entre 1 y 2 años ☐ más de 2 años			
CONDUCTA SOCIAL/APRENDIZAJE:	El alumno:	SÍ	NO
34. ¿Ha recibido un diagnóstico de discapacidad del aprendizaje, discapacidad intelectual o del desarrollo, retraso cognitivo, TDA/DAH, etc.?			
35. ¿Ha sido víctima de intimidación o ha experimentado comportamientos relacionados con la intimidación?			
36. ¿Ha experimentado sufrimiento, trauma u otros acontecimientos de vida importantes?			
37. ¿Ha mostrado cambios importantes en su comportamiento, sus relaciones sociales, sus calificaciones, sus hábitos de alimentación o de sueño, o se ha mostrado introvertido con familiares o amigos?			
38. ¿Ha estado preocupado, triste, disgustado o enojado la mayor parte del tiempo?			
39. ¿Ha mostrado pérdida general de energía, motivación o entusiasmo?			
40. ¿Ha tenido inquietudes sobre el peso; ha tratado de aumentar o bajar de peso, o ha recibido una recomendación de subir o bajar de peso?			
41. ¿Ha consumido (o consume actualmente) tabaco, alcohol o drogas?			
SALUD FAMILIAR:		SÍ	NO
42. ¿Existen antecedentes familiares de las siguientes enfermedades? Si es así, marque lo que corresponda: ☐ Anemia/trastornos sanguíneos ☐ Enfermedades/síndromes hereditarios ☐ Asma/problemas pulmonares ☐ Problemas de riñón ☐ Problemas de salud conductual ☐ Convulsiones ☐ Diabetes ☐ Rasgo drepanocítico o anemia drepanocítica Otra _____			
43. ¿Existen antecedentes familiares de alguno de los siguientes problemas cardíacos? Si es así, marque lo que corresponda: ☐ Síndrome de Brugada ☐ Síndrome de QT ☐ Miocardiopatía ☐ Síndrome de Marfan ☐ Hipertensión arterial ☐ Taquicardia ventricular ☐ Colesterol alto ☐ Otro _____			
44. ¿Algún familiar ha sufrido desmayos o convulsiones sin explicación, o ahogamiento inminente?			
45. ¿Algún familiar/pariente ha muerto de problemas cardíacos antes de los 50 años de edad o ha sufrido una muerte súbita inesperada/sin explicación antes de los 50 años de edad (incluido ahogamiento, accidentes automovilísticos sin explicación, síndrome de muerte súbita infantil)?			
PREGUNTAS O INQUIETUDES		SÍ	NO
46. ¿Existen preguntas o inquietudes que el alumno, padre, madre o tutor quisieran analizar con el proveedor de atención médica? (Si la respuesta es sí, escribalas en la página 4 de este formulario).			

Por el presente, certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para el intercambio de información médica entre el personal de enfermería de la escuela y los proveedores de atención médica.

Firma del Padre/Madre/Tutor/Alumno emancipado _____ Fecha _____

Adapted in part from the *Pre-participation Physical Evaluation History Form*; ©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

STUDENT'S HEALTH HISTORY (page 1 of this form) REVIEWED PRIOR TO PERFORMING EXAMINATION: Yes ☐ No ☐

Physical exam for grade: K/1 ☐ 6 ☐ 11 ☐ Other ☐	CHECK ONE			*ABNORMAL FINDINGS / RECOMMENDATIONS / REFERRALS
	NORMAL	*ABNORMAL	DEFER	
Height: _____ inches				
Weight: _____ pounds				
BMI:				
BMI-for-Age Percentile: _____ %				
Pulse:				
Blood Pressure: (/)				
Hair/Scalp				
Skin				
Eyes/Vision Corrected ☐				
Ears/Hearing				
Nose and Throat				
Teeth and Gingiva				
Lymph Glands				
Heart				
Lungs				
Abdomen				
Genitourinary				
Neuromuscular System				
Extremities				
Spine (Scoliosis)				
Other				

TUBERCULIN TEST	DATE APPLIED	DATE READ	RESULT/FOLLOW-UP

MEDICAL CONDITIONS OR CHRONIC DISEASES WHICH REQUIRE MEDICATION, RESTRICTION OF ACTIVITY, OR WHICH MAY AFFECT EDUCATION

(Additional space on page 4)

Parent/guardian present during exam: Yes ☐ No ☐			
Physical exam performed at: Personal Health Care Provider's Office ☐		School ☐	Date of exam _____
Print name of examiner _____			
Print examiner's office address _____		Phone _____	
Signature of examiner _____		MD ☐	DO ☐ PAC ☐ CRNP ☐

HEALTH CARE PROVIDERS: *Please photocopy immunization history from student's record – OR – insert information below.*

IMMUNIZATION EXEMPTION(S):

Medical ☐ Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____

Medical ☐ Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____

Medical ☐ Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____

NOTE: The parent/guardian must provide a written request to the school for a religious or philosophical exemption.

VACCINE	DOCUMENT: (1) Type of vaccine; (2) Date (month/day/year) for each immunization				
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (child) Type: DTaP, DTP or DT	1	2	3	4	5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (adolescent/adult) Type: Tdap or Td	1	2	3	4	5
Polio Type: OPV or IPV	1	2	3	4	5
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4	5
Measles/Mumps/Rubella (MMR)	1	2	3	4	5
Mumps disease diagnosed by physician ☐	Date: _____				
Varicella: Vaccine ☐ Disease ☐	1	2	3	4	5
Serology: (Identify Antigen/Date/POS or NEG) i.e. Hep B, Measles, Rubella, Varicella	1	2	3	4	5
Meningococcal Conjugate Vaccine (MCV4)	1	2	3	4	5
Human Papilloma Virus (HPV) Type: HPV2 or HPV4	1	2	3	4	5
Influenza Type: TIV (injected) LAIV (nasal)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Haemophilus Influenzae Type b (Hib)	1	2	3	4	5
Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) Type: 7 or 13	1	2	3	4	5
Hepatitis A (HepA)	1	2	3	4	5
Rotavirus	1	2	3	4	5
Other Vaccines: (Type and Date)					

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA
DEPARTMENT OF HEALTH**PRIVATE DENTIST REPORT
OF DENTAL EXAMINATION OF A PUPIL OF SCHOOL AGE**

NAME OF SCHOOL _____ DATE _____ 20 ____

NAME OF CHILD			AGE	SEX	GRADE	SECTION/ROOM
_____ Last	_____ First	_____ Middle		☐ M ☐ F		

ADDRESS

No. and Street City or Post Office Borough/Township County State Zip

REPORT OF EXAMINATION

	TOOTH CHART																
	RIGHT								LEFT								
UPPER	1	2	3	4 A	5 B	6 C	7 D	8 E	9 F	10 G	11 H	12 I	13 J	14	15	16	Upper
LOWER	32	31	30	29 T	28 S	27 R	26 Q	25 P	24 O	23 N	22 M	21 L	20 K	19	18	17	Lower
UPPER																	Upper
LOWER																	Lower

Is The Child Under Treatment?

Yes ☐No ☐

Treatment Completed

Yes ☐No ☐_____
Date of Dental Examination_____
Signature of Dental Examiner_____
Print Name of Dental Examiner_____
Address