



# Wachusett Regional School District

Holden, Paxton, Princeton, Rutland, Sterling

## Protocolo de Residencia e Inscripción

Para asistir a las escuelas del Distrito Escolar Regional de Wachusett, un estudiante debe residir en una de las cinco ciudades: Holden, Paxton, Princeton, Rutland o Sterling. Se presume que la residencia del niño menor de edad es la residencia principal legal de los padres o tutores que tienen la custodia física del niño.

**“Residencia”** es el lugar principal donde una persona habita de forma permanente, no temporal, y es el centro de su vida doméstica, social y cívica. La residencia temporal en cualquiera de los pueblos incluidos en el Distrito, con el único propósito de asistir a las escuelas del Distrito de Wachusett, no se considerará como residencia.

Para determinar la residencia, el Distrito Escolar Regional de Wachusett se reserva el derecho de solicitar una documentación diversa y realizar una investigación sobre dónde reside realmente un estudiante. Debido a que la residencia puede cambiar, y lo hace, para los estudiantes y sus familias durante el transcurso del año académico, el Distrito Escolar Regional de Wachusett puede continuar verificando la residencia después del comienzo de las clases.

### Verificación

Antes de que cualquier niño sea asignado o invitado a asistir a una escuela en el Distrito Escolar Regional de Wachusett, su padre o tutor legal debe proporcionar un artículo de cada columna en la siguiente tabla como prueba de residencia principal. Las solicitudes de registro no pueden procesarse sin estos documentos.

| Columna A (debe proporcionar uno)                                                            | Columna B (debe proporcionar uno)                                                                | Columna C (debe proporcionar uno)                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Evidencia de la residencia                                                                   | Evidencia de alquiler                                                                            | Evidencia de la Identificación                      |
| Registro de pago de hipoteca reciente y/o factura de impuesto a la propiedad                 | Factura reciente fechada dentro de los últimos 60 días que muestre la dirección dentro del WRSD. | Licencia de conducir válida                         |
| Copia del contrato de arrendamiento y registro del pago de alquiler reciente                 | Factura del gas                                                                                  | Tarjeta de identificación con una foto de MA válida |
| Declaración jurada del propietario y pago de alquiler reciente                               | Factura de calefacción                                                                           | Pasaporte válido                                    |
| Acuerdo de la Sección 8                                                                      | Factura de electricidad                                                                          |                                                     |
|                                                                                              | Factura de teléfono de casa (no de teléfono celular)                                             |                                                     |
| <b><u>Para toda construcción nueva</u></b> , se debe proporcionar un Certificado de Alquiler | Factura del cable                                                                                |                                                     |
|                                                                                              | Factura de impuestos especiales                                                                  |                                                     |

**Más aclaraciones:**

A cualquier estudiante que tenga una residencia dividida debido a la custodia física compartida se le otorgará la inscripción en el Distrito y/o se le permitirá permanecer con una prueba de que el niño vive al menos el 50 % del tiempo dentro del Distrito. Un documento judicial que hace referencia a la custodia 50/50, verificará la condición de vida del niño.

**Esta política de residencia no se aplica a los estudiantes que no tienen un hogar.**

Cualquier familia que pueda proporcionar las pruebas de residencia requeridas, puede descargar el formulario de inscripción y otros documentos pertinentes, completarlos en su totalidad y pedir una cita directamente con la escuela en la que se inscribirá al niño.

Si sus circunstancias personales le impiden proporcionar la prueba de residencia requerida, consulte al Gerente de Servicios Estudiantiles en la Oficina Central, 1745 Main Street, Jefferson, Massachusetts. 508-829-1670 x 237.

Si usted comparte la vivienda con un amigo o pariente, puede utilizar la declaración jurada de arrendador/arrendamiento compartido para cumplir con uno de los requisitos de prueba de residencia. La persona con la que usted vive debe completar la declaración jurada de residencia para afirmar su residencia. Si usted reside temporalmente con un amigo o pariente debido a dificultades económicas, pérdida de vivienda o una razón similar, usted puede calificar como persona que no tiene un hogar, según la Ley "Que Ningún Niño se Quede Atrás" ("No Child Left Behind"). Las familias que no tienen un hogar no están obligadas a presentar la misma prueba de residencia. Por favor, comuníquese con el Gerente de Servicios Estudiantiles en la Oficina Central, 1745 Main Street, Jefferson, Massachusetts, al 508-829-1670 x 237, para recibir ayuda al registrar a su hijo.

**Sanciones**

Las familias que violen la política de residencia enfrentarán sanciones estrictas, que incluyen:

- Rechazo inmediato de la escuela.
- Multas diarias por los servicios educativos y relacionados con los que se accede como no residente, las cuales se basan en la cantidad de días que el estudiante asistió a la escuela y el costo promedio por alumno para el distrito.
- Posible acción legal

Los siguientes documentos deberían ser completados en su totalidad. Luego, se puede hacer una cita con la escuela para enviar los documentos completados para su consideración e inscripción.



# Wachusett Regional School District

Holden, Paxton, Princeton, Rutland, Sterling

## REGISTRO DEL ESTUDIANTE

Información del estudiante (por favor escriba con claridad)

Nombre: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer nombre* *Segundo nombre*

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela a la que asistirá su hijo(a): \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Nivel de grado al ingresar: \_\_\_\_\_

Escuela previa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela previa: \_\_\_\_\_  
*Calle* *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Dirección de la casa

Calle, Apartamento, Suite: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo:

Calle, Apartamento, Suite: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Información adicional de correo

Nombre, Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Información adicional

¿Existe documentación relacionada con el estado de separado/divorciado y los derechos de custodia? ☐ Sí ☐ No

¿Es el estudiante un hijo adoptivo bajo la División de Servicios Sociales de Massachusetts? ☐ Sí ☐ No

¿Es el estudiante "Tutelado judicial"? ☐ Sí ☐ No

Información federal sobre etnicidad y raza

¿Este estudiante es hispano o latino? ☐ Si ☐ No

Raza del estudiante: ☐ A) Asiático ☐ (N) Negro / Afroamericano ☐ (I) Indio americano / Nativo de Alaska  
☐ (P) Hawaiano nativo / Otro isleño del Pacífico ☐ (B) Blanco

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Información de la familia (por favor, escriba con claridad)

El estudiante reside con: ☐ Ambos Padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Otros  
Padres son: ☐ Juntos ☐ Separados ☐ Divorciados ☐ Fallecidos  
¿Un padre o tutor ha estado en servicio militar activo en el último año? (Opcional) ☐ Si ☐ No

|                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Madre _____                           | Madre _____                           |
| Teléfono del hogar _____              | Teléfono del hogar _____              |
| Teléfono celular _____                | Teléfono celular _____                |
| Dirección de correo electrónico _____ | Dirección de correo electrónico _____ |
| Empleador _____                       | Empleador _____                       |
| Teléfono del trabajo _____            | Teléfono del trabajo _____            |

|                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Padrastro/madrastra _____                                 | Padrastro/madrastra _____                                 |
| Teléfono del hogar del Padrastro/de la Madrastra: _____   | Teléfono del hogar del Padrastro/de la Madrastra: _____   |
| Celular del Padrastro/de la Madrastra: _____              | Celular del Padrastro/de la Madrastra: _____              |
| Correo electrónico del Padrastro/de la Madrastra: _____   | Correo electrónico del Padrastro/de la Madrastra: _____   |
| Padrastro Empleador/Madrastra Empleadora: _____           | Padrastro Empleador/Madrastra Empleadora: _____           |
| Teléfono del trabajo del padrastro/de la madrastra: _____ | Teléfono del trabajo del padrastro/de la madrastra: _____ |
| Otro Tutor _____                                          | Otro Tutor _____                                          |
| Teléfono del hogar del Otro Tutor: _____                  | Teléfono del hogar del Otro Tutor: _____                  |

Información de contacto de emergencia (distinto al de los padres)

|                                              |                                                                                                  |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contacto 1 de Emergencia: _____              | Parentesco: _____                                                                                |
| Teléfono del Contacto 1 de Emergencia: _____ | <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular |
| Contacto 2 de Emergencia: _____              | Parentesco: _____                                                                                |
| Teléfono del Contacto 2 de Emergencia: _____ | <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular |
| Doctor: _____                                | Teléfono: _____                                                                                  |
| Dentista: _____                              | Teléfono: _____                                                                                  |
| Condición médica: _____                      |                                                                                                  |

**Información del mensajero escolar**  
*School Messenger es un sistema automatizado de notificación telefónica utilizado por las escuelas para comunicarse con los padres en caso de cancelaciones o retrasos debido al clima inclemente, así como de los eventos importantes que se realizan en la escuela o el distrito. Las notificaciones se enviarán al número de teléfono principal que figura en la primera página del formulario de registro.*

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## 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.***

|                                                     |                                                                             |                                          |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Nombre del estudiante:</b>                       | <b>Grado:</b>                                                               | <b>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):</b> |
| <b>País de nacimiento del estudiante</b>            | <b>Fecha de primera matriculación en cualquier escuela de United States</b> |                                          |
| <b>Nombre de padre/madre/encargado legal n.º 1:</b> |                                                                             |                                          |
| <b>Nombre de padre/madre/encargado legal n.º 2:</b> |                                                                             |                                          |

### SECCIÓN 1:

|            |                                                                                                                          |  |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Pregunta 1 | Enumere el/los idioma(s) que los padres y/o cuidadores principales utilizan para comunicarse con su hijo(a) en el hogar. |  |
| Pregunta 2 | Enumere el/los idioma(s) que su hijo(a) utiliza actualmente para comunicarse con los demás.                              |  |
| Pregunta 3 | Enumere el/los idioma(s) que su hijo(a) entendió y utilizó primero para comunicarse.                                     |  |

### SECCIÓN 2: Servicios de interpretación y traducción

Esta sección le permitirá a la escuela saber si usted, padre/madre/encargado legal, necesita un intérprete o documentos traducidos.

|                                                                                                                                                                                                        |                  |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------|
| ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir la comunicación escrita de la escuela?                                                                                                                 |                  |                                        |
| ¿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 | En caso afirmativo, ¿en qué idioma(s)? |

Nombre de padre/madre/encargado legal: \_\_\_\_\_

Firma de padre/madre/encargado legal: \_\_\_\_\_

Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_



# *Wachusett Regional School District*

*Holden, Paxton, Princeton, Rutland, Sterling*

## **SOLICITUD DE REGISTROS ESTUDIANTILES**

A QUIEN LE PUEDA INTERESAR:

Mediante la presente doy permiso de:

---

---

---

Enviar los registros que se especifican a continuación y que pertenecen a:

Nombre de estudiante

Fecha de nacimiento

- ( ) Transcripción del registro
- ( ) Puntajes de pruebas estandarizadas
- ( ) Registro de salud (incluyendo las vacunas)
- ( ) Programa Educativo Individualizado y evaluaciones relacionadas
- ( ) Otra información de orientación disponible (es decir, evaluaciones de profesores/consejeros, actividades extracurriculares, etc.)
- ( ) Registro disciplinario
- ( ) Estudiante del Idioma Inglés (Información del ELL)
- ( ) Otro (por favor, especifique)

---

---

Firma del Padre/Tutor o Estudiante

Fecha

**Enviar a la escuela para inscribirse:** \_\_\_\_\_

---

---

## HISTORIA DEL DESARROLLO DEL JARDÍN DE INFANCIA DEL DISTRITO

### ESCOLAR REGIONAL DE WACHUSETT

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Masculino ☐ Femenino ☐  
Apellido Primer Segundo  
Dirección de la casa \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Cree que su hijo se retrasó en alguno de los siguientes?:

|                                     |                             |                             |                                     |                             |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Al sentarse                         | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Entrenamiento para utilizar el baño | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Al gatear                           | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Alimentándose a sí mismo(a)         | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Al caminar                          | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Nacimiento prematuro                | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Al utilizar palabras simples        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Entrega normal                      | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Al utilizar las oraciones completas | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Comentarios: _____                  |                             |                             |

¿Ha asistido su hijo(a) al preescolar? Sí ☐ No ☐ ¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

*Las siguientes preguntas se refieren a problemas en áreas como la audición, la visión, el habla, el lenguaje y el desarrollo físico, intelectual, social y emocional.*

¿Tiene algún motivo para sospechar que su hijo(a) podría necesitar servicios especiales o consideraciones en su entorno escolar o currículo? Sí ☐ No ☐ De ser Sí, por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo(a) ha sido evaluado por alguna condición o problema que pueda tener relación con el desempeño escolar? Sí ☐ No ☐ De ser Sí, por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Se llevaron a cabo las recomendaciones? Sí ☐ No ☐ Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Estaría disponible la información sobre esta evaluación y/o tratamiento para el personal escolar apropiado? Sí ☐ No ☐ De ser Sí, por favor, indique los nombres y las direcciones de las personas o agencias de las que se puede obtener esta información: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo(a) actualmente inscrito en algún programa escolar especial? Sí ☐ No ☐

De ser Sí, por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Qué palabras describen mejor a su hijo(a)?

|                                      |                                             |                                         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tímido(a)   | <input type="checkbox"/> seguro de sí mismo | <input type="checkbox"/> cooperativo(a) |
| <input type="checkbox"/> feliz       | <input type="checkbox"/> celoso(a)          | <input type="checkbox"/> cariñoso(a)    |
| <input type="checkbox"/> excitable   | <input type="checkbox"/> nervioso(a)        | <input type="checkbox"/> negativo(a)    |
| <input type="checkbox"/> hablador(a) | <input type="checkbox"/> otro _____         |                                         |

¿Qué mano prefiere su hijo(a)? ☐ derecha ☐ izquierda

¿Qué palabras describen mejor los sentimientos de su hijo(a) acerca de venir a la escuela?

|                                      |                                       |                                     |                                |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> entusiasta  | <input type="checkbox"/> entusiasta   | <input type="checkbox"/> miedoso(a) | <input type="checkbox"/> feliz |
| <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> aprensivo(a) | <input type="checkbox"/> otro _____ |                                |

¿Los extraños entienden fácilmente el habla de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿(Ella/El) tiene dificultad para hablar? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) algún temor?, tal como:

|                                               |                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tormentas eléctricas | <input type="checkbox"/> estar solo(a)           |
| <input type="checkbox"/> la oscuridad         | <input type="checkbox"/> perros u otros animales |
| <input type="checkbox"/> ruidos               | <input type="checkbox"/> otro _____              |

¿Tiene su hijo(a) algún problema especial?

- |                                                     |                                                             |                                        |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> visión                     | <input type="checkbox"/> oído                               | <input type="checkbox"/> comiendo      |
| <input type="checkbox"/> morder las uñas            | <input type="checkbox"/> chuparse los dedos                 | <input type="checkbox"/> mojar la cama |
| <input type="checkbox"/> discurso                   | <input type="checkbox"/> testarudez                         | <input type="checkbox"/> rabietas      |
| <input type="checkbox"/> “accidentes” en pantalones | <input type="checkbox"/> alergias ambientales (polen, etc.) |                                        |
| <input type="checkbox"/> otros                      | Si es así, por favor, enumere _____                         |                                        |

¿Tiene su hijo(a) alguna condición física que le impida participar en un programa de jardín de infancia activo?

Sí ☐ No ☐ De ser Sí, por favor, explique: \_\_\_\_\_

Su hijo(a) juega con:

- |                                            |                                               |                                                                |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hermano/hermana   | <input type="checkbox"/> solo(a)              | <input type="checkbox"/> niños más pequeños/niñas más pequeñas |
| <input type="checkbox"/> niños(as) mayores | <input type="checkbox"/> niños(as) del barrio | <input type="checkbox"/> un amigo cercano                      |

¿Ha tenido su hijo(a) alguna de las siguientes experiencias?

- |                                         |                                         |                                     |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> biblioteca     | <input type="checkbox"/> parque público | <input type="checkbox"/> playa      |
| <input type="checkbox"/> viaje en avión | <input type="checkbox"/> viaje en bus   | <input type="checkbox"/> banco      |
| <input type="checkbox"/> acampar        | <input type="checkbox"/> viaje en tren  | <input type="checkbox"/> otro _____ |

¿Puede su hijo(a):

- |                                                                  |                                                               |                                                                   |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> chasquear                               | <input type="checkbox"/> usar la cremallera                   | <input type="checkbox"/> el botón                                 |
| <input type="checkbox"/> amarrarse los zapatos                   | <input type="checkbox"/> se viste por sí solo(a)              | <input type="checkbox"/> se queda voluntariamente con un pariente |
| <input type="checkbox"/> se queda voluntariamente con una niñera | <input type="checkbox"/> se ocupa de las necesidades del baño | <input type="checkbox"/> se queda voluntariamente con otros       |

Su hijo(a) usa en casa:

- |                                       |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tijeras      | <input type="checkbox"/> crayones | <input type="checkbox"/> pegar o pegamento |
| <input type="checkbox"/> rompecabezas | <input type="checkbox"/> lápices  | <input type="checkbox"/> pintar            |
| <input type="checkbox"/> arcilla      | <input type="checkbox"/> bloques  | <input type="checkbox"/> libros            |

Experiencias escolares anteriores:

- |                                                                       |                                            |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Head Start (Ventaja)                         | <input type="checkbox"/> escuela religiosa | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> guardería- ¿dónde y por cuánto tiempo? _____ |                                            |                                  |

Por favor, describa brevemente la experiencia de guardería/preescolar de su hijo(a): \_\_\_\_\_

¿Podemos tener permiso para comunicarnos con el preescolar de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Es su hijo(a) capaz de:

- |                                                              |                                                              |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> identificar colores                 | <input type="checkbox"/> escribir su nombre claramente       | <input type="checkbox"/> contar hasta 10                                |
| <input type="checkbox"/> contar más de 10                    | <input type="checkbox"/> identificar los números del 1-10    | <input type="checkbox"/> contar los objetos hasta 10 identificar los    |
| <input type="checkbox"/> números del 10-20                   | <input type="checkbox"/> identificar las letras del alfabeto | <input type="checkbox"/> contar los objetos hasta 20 escuchar y sigue   |
| <input type="checkbox"/> instrucciones                       | <input type="checkbox"/> identificar las formas              | <input type="checkbox"/> recoger todo después de terminar una actividad |
| <input type="checkbox"/> completar las tareas                | <input type="checkbox"/> decir su nombre completo            | <input type="checkbox"/> decir su número de teléfono                    |
| <input type="checkbox"/> comenzadas se ocupa con             | <input type="checkbox"/> decirlo de izquierda a derecha      | <input type="checkbox"/> sentarse y escuchar una historia               |
| <input type="checkbox"/> juegos tranquilos dice su dirección |                                                              |                                                                         |

Gracias por tomarse el tiempo de proporcionarnos esta información. Su cooperación es apreciada. Si hay alguna otra información que crea que la escuela debería saber, anótela al final de esta hoja.

Información suministrada por:

Firma del padre/tutor

Relación con el estudiante  
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Fecha

GRADO \_\_\_\_\_ CERT. DE NACIMIENTO VERIFICADO \_\_\_\_\_ INICIALES DE LA ENFERMERA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

El nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_

Por favor, marque una opción si su hijo(a) tiene alguno de los siguientes y explique a continuación:

**SALUD GENERAL:**

¿Hospitalizaciones/Operaciones? \_\_\_\_\_

¿Bajo el cuidado de un médico especialista? \_\_\_\_\_

¿Toma medicación regularmente? Sí/No

De ser sí, ¿para qué se toman los medicamentos? \_\_\_\_\_

¿Alguna restricción física? \_\_\_\_\_

¿Duerme bien? \_\_\_\_\_

¿Buen apetito? \_\_\_\_\_

¿Algún accidente/fractura/lesión? \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALERGIAS:**

Comida: \_\_\_\_\_

Abejas: \_\_\_\_\_

Latex: \_\_\_\_\_

Eccema: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Gluten: \_\_\_\_\_

Estacional: \_\_\_\_\_

Epi-Pen prescrito: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RESPIRATORIO:**

¿Asma? \_\_\_\_\_

¿Uso regular del inhalador? \_\_\_\_\_

¿Uso del nebulizador? \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VACUNAS:**

Actualizadas: \_\_\_\_\_

Exenciones o aplazamiento de vacunas: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OÍDOS, NARIZ, GARGANTA:**

¿Infecciones de oído frecuentes? \_\_\_\_\_

¿Problemas de audición/habla? \_\_\_\_\_

¿Tubos para los oídos? \_\_\_\_\_

¿Frecuente faringitis estreptocócica? \_\_\_\_\_

¿Sangrados nasales frecuentes? \_\_\_\_\_

¿Problemas dentales? \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**URINARIO / GASTROINTESTINAL:**

Infecciones de las vías urinarias (UTI, en inglés) frecuentes: \_\_\_\_\_

Dolor al orinar: \_\_\_\_\_

Dolor al defecar: \_\_\_\_\_

Problemas de estreñimiento: \_\_\_\_\_

Dolores de estómago frecuentes: \_\_\_\_\_

Intolerancia a la comida: \_\_\_\_\_

¿Capacidad para limpiar/ir al baño de forma independiente? Sí/No

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PIEL:**

Erupciones frecuentes: \_\_\_\_\_

Eccema: \_\_\_\_\_

Urticaria: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OJOS:**

Usa anteojos/lentes de contacto: \_\_\_\_\_

Seguido por un oftalmólogo por problemas de visión: \_\_\_\_\_

Si es así, nombre del médico: \_\_\_\_\_

Examen de la vista de la escuela recomendado: \_\_\_\_\_

**CARDIOVASCULAR:**

Cualquier problema cardíaco actual/pasado: \_\_\_\_\_

Seguido por el cardiólogo: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESQUELÉTICO:**

Quejas de dolores en piernas, brazos, espalda o articulaciones: \_\_\_\_\_

Cualquier problema de espalda/escoliosis: \_\_\_\_\_

Cualquier problema de cojera/cadera: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTA: No se puede administrar ningún medicamento en la escuela sin órdenes escritas del médico y la firma de los padres. Consulte la política y los formularios de pedidos de medicamentos.**

**Firma del Padre/Tutor:**

\_\_\_\_\_

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

## Examen del proveedor de servicios de salud

Nombre \_\_\_\_\_ Masculino ☐ Femenino ☐ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Historial médico

Antecedentes familiares pertinentes

### Problemas de salud actuales

|                          |                          |                                                                                                             |  |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| S                        | N                        |                                                                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias: Por favor enumere: Medicaciones _____ Comida _____ Otro _____                                     |  |
|                          |                          | Historia de anafilaxia a _____ Epi-Pen®: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma: Plan de acción para Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Por favor, adjunte) |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II                                  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno convulsivo: _____                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro (Por favor, especifique) _____                                                                         |  |

Medicamentos actuales (si son relevantes para la salud y seguridad del estudiante) Por favor, marque con un círculo aquellos administrados en la escuela; se necesita un formulario de pedido de medicamentos por separado para cada medicamento administrado en la escuela.

### Examen físico

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ ( %) Peso: \_\_\_\_\_ ( %) Índice de masa corporal: \_\_\_\_\_ ( %) Presión Arterial: \_\_\_\_\_

(Revisión = Normal / Si es anormal, por favor, descríbalas).

|                                         |                                    |                                       |
|-----------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> General        | <input type="checkbox"/> Pulmones  | <input type="checkbox"/> Extremidades |
| <input type="checkbox"/> Piel           | <input type="checkbox"/> Corazón   | <input type="checkbox"/> Neurológico  |
| <input type="checkbox"/> Toda la cabeza | <input type="checkbox"/> Abdomen   | <input type="checkbox"/> Otro         |
| <input type="checkbox"/> Dental/Oral    | <input type="checkbox"/> Genitales |                                       |

### Revisión

|                                                    |                          |                          |                |                          |                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Visión:                                            | Aprobada                 | Reprobada                | Oído:          | Aprobado                 | Reprobado                |
| Ojo derecho                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oído derecho   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ojo izquierdo                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oído izquierdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Evaluación postural (escoliosis/cifosis/lordosis): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estereopsis    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Resultados de Laboratorio:

|             |                          |                          |             |
|-------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Guiar _____ | Aprobada                 | Reprobada                | Fecha _____ |
| Otro _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |

Todo el examen fue normal: ☐

Pruebas cutáneas de Tuberculina (TB, en inglés): ☐ Riesgo medio a alto (exposición a TB; nacido, vivido, viaje a países endémicos de TB; factores de riesgo médicos): Fecha de la prueba PPD: \_\_\_\_\_; Resultados: \_\_\_\_\_ mm.

Remitido para evaluación a: \_\_\_\_\_ ☐ Bajo riesgo (no se hace PPD)

Este estudiante tiene los siguientes problemas que pueden afectar su experiencia educativa:

|                                           |                                         |                                       |                                                               |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visión           | <input type="checkbox"/> Oído           | <input type="checkbox"/> Habla/Idioma | <input type="checkbox"/> Déficit de la motricidad fina/gruesa |
| <input type="checkbox"/> Emocional/social | <input type="checkbox"/> Comportamiento | <input type="checkbox"/> Otro         |                                                               |

Comentarios/Recomendaciones: \_\_\_\_\_

☐ S ☐ N Este estudiante puede participar plenamente en el programa escolar, incluyendo la educación física y los deportes competitivos. De ser no, por favor enumere las restricciones:

☐ S ☐ N Las vacunas están completas: De ser no, dé la razón: Adjunte el Certificado del Sistema de Información de Vacunación de Massachusetts u otro registro de vacunación completo.

|                                               |                      |                                         |               |
|-----------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|---------------|
| Nombre del examinador<br>escrito con claridad | Firma del examinador | Marque en un círculo:<br>MD, DO, NP, PA | Fecha         |
| Grupo/Práctica                                |                      |                                         | Teléfono      |
| Dirección                                     | Ciudad               | Estado                                  | Código Postal |

Por favor, adjunte información adicional según sea necesario para la salud y la seguridad del estudiante. MDPH (por sus siglas en inglés) 25-Ene-2007

**Departamento de Salud Pública de Massachusetts**  
**CERTIFICADO DE INMUNIZACIÓN**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sexo:** ☐ Femenino ☐ Masculino

Si se administra una vacuna combinada, indique el tipo de vacuna (por ejemplo, DTaP-Hib, etc.)

| Vacuna                                                                                       |   | Fecha/Tipo de vacuna | Vacuna                                                                   |   | Fecha/Tipo de vacuna |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------|--------------------------------------------------------------------------|---|----------------------|
| <b>Hepatitis B</b><br>(por ejemplo, HepB-Hib, DTaP-HepB-IPV)                                 | 1 |                      | <b>Haemophilus influenza tipo b</b><br>(por ejemplo, Hib, Hib, DTaP-Hib) | 1 |                      |
|                                                                                              | 2 |                      |                                                                          | 2 |                      |
|                                                                                              | 3 |                      |                                                                          | 3 |                      |
| <b>Difteria, Tétanos, Tos ferina</b><br>(por ejemplo, DTaP, DT, DTaP-Hib, DTaP-HepB-IPV, Td) | 1 |                      |                                                                          | 4 |                      |
|                                                                                              | 2 |                      | <b>Sarampión, Paperas, Rubéola</b>                                       | 1 |                      |
|                                                                                              | 3 |                      |                                                                          | 2 |                      |
|                                                                                              | 4 |                      | <b>Varicela</b><br>(Var)                                                 | 1 |                      |
|                                                                                              | 5 |                      |                                                                          | 2 |                      |
|                                                                                              | 6 |                      | <b>Hepatitis A</b><br>(HepA)                                             | 1 |                      |
|                                                                                              | 7 |                      |                                                                          | 2 |                      |
| <b>Polio</b><br>(por ejemplo, IPV, DTaP-HepB-IPV)                                            | 1 |                      | <b>Neumocócica Polisacárido</b><br>(PPV23)                               | 1 |                      |
|                                                                                              | 2 |                      |                                                                          | 2 |                      |
|                                                                                              | 3 |                      | <b>Influenza</b><br>Inactivada<br>(Intramuscular) o<br>Viva (Intranasal) | 1 |                      |
|                                                                                              | 4 |                      |                                                                          | 2 |                      |
| <b>Neumocócica Conjugada</b><br>(PCV7)                                                       | 1 |                      | <b>Otra:</b>                                                             | 3 |                      |
|                                                                                              | 2 |                      |                                                                          |   |                      |
|                                                                                              | 3 |                      |                                                                          |   |                      |
|                                                                                              | 4 |                      |                                                                          |   |                      |

  

| <b>Prueba serológica</b>                       |                    | <b>Marque una</b> |          |
|------------------------------------------------|--------------------|-------------------|----------|
| Prueba (si fue)                                | Fecha de la prueba | Positiva          | Negativa |
| Sarampión                                      | / /                |                   |          |
| Paperas                                        | / /                |                   |          |
| Rubéola                                        | / /                |                   |          |
| Varicela*                                      | / /                |                   |          |
| Hepatitis B                                    | / /                |                   |          |
| * También debe marcar la casilla del historial |                    |                   |          |

  

| <b>Historia de la varicela</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marque la casilla si esta persona tiene un historial confiable de varicela certificado por un médico.<br><br>La historia confiable puede basarse en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la interpretación del médico de la descripción del padre/tutor de la varicela</li> <li>• diagnóstico físico de varicela, o</li> <li>• prueba serológica de inmunidad</li> </ul> |

Certifico que esta información de vacunación se transfirió de los registros médicos de la persona mencionada anteriormente.

**Nombre del médico o de la enfermera (por favor, escriba con claridad)** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**Nombre de la Instalación/del consultorio:** \_\_\_\_\_