



198 Commerce Way
Dover, DE 19904

Paquete de inscripción para los grados de jardín de infantes a 12.º

¡Bienvenidos al Distrito Escolar Capital! ¡Hogar de los Senadores!

En el Distrito Escolar Capital hay muchas oportunidades, y nos entusiasma comenzar el proceso de inscripción de su hijo/a. Visite nuestro sitio web: <https://www.capital.k12.de.us> y no olvide darle "Me gusta" a nuestra página de Facebook: <https://www.facebook.com/capitalschooldistrict>. Esperamos mantenerle al tanto de las últimas novedades en Capital.

*Para garantizar un registro rápido y exitoso, se requiere la siguiente información:

1. Certificado de nacimiento
2. Comprobante de domicilio con el nombre del padre/tutor: factura de luz, gas o agua, estado de cuenta hipotecario o contrato de arrendamiento con el propietario y el nombre del padre/tutor*. 3. Registro de vacunación y examen físico reciente (de los últimos dos años).
4. Identificación con foto 5. Prueba de paternidad/tutela: puede requerir documentos de custodia y documentos de colocación principal 6. Documentación del IEP (si corresponde) 7. Documentación del Plan 504 (si corresponde)

Si se traslada al Distrito Escolar Capital desde otro distrito escolar, incluya lo siguiente:

1. Documentos de baja de la escuela anterior 2. Expediente académico o boletines de calificaciones de la escuela anterior
3. Resultados de pruebas estandarizadas (si están disponibles)

*La falta de información no constituirá un obstáculo para la inscripción y la colocación de aquellos estudiantes que reúnan los requisitos para recibir servicios en virtud de la Ley McKinney-Vento de Educación para Personas sin Hogar.

Lista de verificación para el registro de estudiantes

Calificación _____ aula _____

*La falta de información no constituirá un obstáculo para la inscripción y la colocación de aquellos estudiantes que reúnan los requisitos para recibir servicios en virtud de la Ley McKinney-Vento de Educación para Personas sin Hogar.



Formulario de inscripción del distrito escolar capital

Escuela: _____

Año escolar: _____ Calificación: _____ Fecha: _____

Opción: Sí ____ No ____

aula _____

Identificación: _____

Solo para uso de oficina

Escuela de procedencia: _____

Estado: _____

¿Esta inscripción es para una escuela de elección/inscripción en una escuela charter? ☐ Sí ☐ No - mi hijo/a asistirá a Capital

En caso afirmativo, ¿qué distrito escolar/escuela autónoma?: _____

¿Este estudiante ha asistido anteriormente al Distrito Escolar Capital? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Información para estudiantes

Nombre legal: _____ Apellido legal: _____

Segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Apodo(s): _____ ¿Han sido retenidos? ☐ Sí ☐ No Calificación(es): _____

Información sobre raza/etnia e idioma:

Hispano/Latino: ☐ Sí ☐ No

Raza: ☐ Indígena americano/AK ☐ Negro/Afroamericano ☐ Caucásico

☐ Asiático

☐ Nativo hawaiano/isleño del Pacífico

Idioma principal en el hogar: _____

¿Te interesa la inmersión lingüística? ☐ Sí ☐ No

Disponible únicamente en escuelas específicas. Para cualquier consulta sobre este programa, póngase en contacto con la secretaria.

Información adicional: marque si corresponde:

☐ Personas sin hogar ☐ Acogimiento familiar ☐ Habla ☐ Título 1 ☐ Superdotados ☐ Plan 504 ☐ IEP ☐ Otros

Se necesitan programas especiales: _____

Información del Guardián 1

☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Padre/Madre de acogida ☐ Tutor/a

☐ Otros: _____

Nombre legal: _____

Apellido legal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Relación con el estudiante: _____

Vive con el estudiante: ☐ Sí ☐ No

Custodia legal: ☐ Conjunta ☐ Cuidador familiar

Servicio militar activo: ☐ Sí ☐ No

Información de Guardian 2

☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Padre/Madre de acogida ☐ Tutor/a

☐ Otros: _____

Nombre legal: _____

Apellido legal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Relación con el estudiante: _____

Vive con el estudiante: ☐ Sí ☐ No

Custodia legal: ☐ Conjunta ☐ Cuidador familiar

Servicio militar activo: ☐ Sí ☐ No

Información de la dirección del estudiante

Dirección física: _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Por la presente confirmo a los funcionarios del Distrito Escolar Capital que soy el padre/tutor legal del niño mencionado anteriormente y que esta es mi dirección legal y la
La información que he proporcionado es precisa.

Please Print Your Name

Signature / Date



Formulario de inscripción para emergencias/tratamientos del Distrito Escolar Capital

Nombre completo legal del estudiante: _____

Calificación: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre de la guardería/cuidadora: _____ Teléfono de la guardería: _____

Información del Guardián 1

Nombre legal: _____

Apellido legal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación con el estudiante: _____

Nombre del padrastro/madrastra/cónyuge: _____

Dirección física: _____

Vive con el estudiante: ☐ Sí ☐ No

Información de Guardian 2

Nombre legal: _____

Apellido legal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación con el estudiante: _____

Nombre del padrastro/madrastra/cónyuge: _____

Dirección física: _____

Vive con el estudiante: ☐ Sí ☐ No

Información de contactos de emergencia

Se requiere al menos UN contacto de emergencia. Se le llamará si no se puede contactar con el padre o la madre.

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Relación con el estudiante	Número de teléfono
-----------------	---------------------	----------------------------	--------------------

1. _____

2. _____

3. _____

Médico del estudiante: _____ Teléfono: _____

Dentista del estudiante: _____ Teléfono: _____

Proveedor de seguros: _____ Grupo #: _____ Política #: _____

Número de Medicaid: _____ Indique los problemas médicos del estudiante: _____

Medicamentos que el estudiante toma regularmente: _____

ALERGIAS (alimentarias, a medicamentos, ambientales): _____

Procedimientos de emergencia escolar

En caso de enfermedad o lesión, la escuela intentará contactar a ambos padres a través de todos los números disponibles. Si no se puede contactar al padre,

Se llamará a los contactos de emergencia en el orden en que aparecen en la lista. Si no se logra contactar a ningún contacto de emergencia, se proporcionará la atención médica adecuada.

incluyendo contactar al médico del estudiante y trasladarlo en ambulancia (si es necesario) a un centro médico para recibir atención y evaluación adicionales.

La escuela seguirá llamando a los padres, tutores o al médico hasta que logre contactar con alguno.

He leído y comprendo el Procedimiento de Emergencia Escolar y acepto su implementación. Si no se me puede contactar, acepto asumir

responsabilidad por el costo de la atención de emergencia, incluido el transporte en ambulancia si es necesario. Doy mi consentimiento para la atención de emergencia, tratamiento, cirugía,

procedimiento diagnóstico o la administración de anestesia que se puede realizar según el criterio médico del médico tratante

garantizar la salud, la seguridad y el bienestar de mi hijo.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

This information may be shared with school personnel on a "need to know" basis



Cuestionario de residencia estudiantil McKinney-Vento de Delaware

Este cuestionario de residencia estudiantil tiene como objetivo abordar la Ley McKinney-Vento. Sus respuestas ayudarán a

El personal de la escuela determina los documentos de residencia necesarios para la inscripción de este estudiante. La información proporcionada en este formulario es confidencial.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Calificación: _____ ☐ Hombre ☒ Mujer

Nombre de la escuela actual: _____ Nombre de la última escuela: _____

¿Su dirección actual es una vivienda temporal? Sí ☐ No ☐

Si respondió "Sí", complete todas las preguntas de este formulario. _____

Si respondió "NO", omita las preguntas 1 a 4 y complete la sección inferior. _____

1. ¿Te encuentras en alguna de las siguientes situaciones?

☐ Compartir la vivienda con otras personas debido a: (marque una)

☐ Pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar (por ejemplo: desahucio, pérdida de empleo, etc.).

Explicar: _____

☐ Acuerdo de vivienda cooperativa a largo plazo para ahorrar dinero o por una razón similar.

☐ Otro (especifique): _____

☐ En un motel, hotel, camping o lugar similar debido a: (marque una)

☐ Falta de alojamientos alternativos adecuados

Explicar: _____

☐ Una solución de vivienda conveniente o esperar a que el apartamento o la casa estén listos.

☐ Otro (especifique): _____

☐ En un refugio de emergencia o transitorio, como un refugio para víctimas de violencia doméstica, un refugio para personas sin hogar o una vivienda transitoria. u otro refugio

☐ Tener una residencia principal nocturna que no sea un lugar diseñado ni utilizado habitualmente como dormitorio. alojamiento para humanos

☐ En un coche, parque, espacio público, edificio abandonado, vivienda en condiciones precarias, estación de autobuses o trenes, o entorno similar.

☐ Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuánto tiempo prevé vivir en este lugar? _____

3. El estudiante vive con:

☐ Padre(s) o tutor(es) legal(es)

☐ Familiares, amigos u otros adultos que no sean el padre o tutor legal.

☐ Sola, sin adultos.

4. Por favor, indique el nombre y la edad de los niños que viven con usted y de los que usted tiene la tutela:

A. _____ DO. _____

B. _____ D. _____

Soy el padre/tutor legal del distrito escolar. _____ que tiene edad escolar y que busca matricularse en el

Entiendo que presentar un registro falso o falsificar registros es un delito según las leyes federales y estatales y la inscripción de

Si el menor figura con documentos falsos, la persona responsable deberá abonar la matrícula y otros gastos.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Correo electrónico: _____

DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono con código de área: _____ Número de teléfono de contacto de emergencia con código de área: _____



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Edificio Townsend, 401
Federal Street, Suite 2, Dover,
Delaware 19901-3639 [http://
education.delaware.gov](http://education.delaware.gov)

Encuesta sobre el idioma materno del Departamento de Educación de Delaware

Fecha: _____

Escuela: _____

El Departamento de Educación de Delaware exige que las escuelas determinen el idioma o los idiomas que habla cada estudiante en casa.

La información proporcionada se utilizará únicamente para determinar si su hijo/a cumple con los requisitos para iniciar el programa de Inglés como Segundo Idioma y no se utilizará para asuntos de inmigración ni se informará a las autoridades de inmigración.

Información para estudiantes			
Nombre de pila:		País de nacimiento:	
Apellido:		Fecha de entrada en los EE. UU.:	
Fecha de nacimiento:		Fecha en que el estudiante se matriculó por primera vez en una escuela de EE. UU.:	

Encierra en un círculo los grados escolares que cursó tu hijo/a en Estados Unidos.

PAQUETE

K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

¿Cuántos meses en total ha estado matriculado el estudiante en una escuela de Estados Unidos? _____

1. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo/a?

Idioma: _____

Dialecto: _____

2. ¿Qué idioma usa su hijo/a con más frecuencia en casa?

Idioma: _____

Dialecto: _____

3. ¿En qué idiomas hablas con más frecuencia con tu hijo/a?

Idioma: _____

Dialecto: _____

4. ¿Qué otros idiomas, además del inglés, se hablan en su hogar?

Idioma: _____

Dialecto: _____

5. ¿En qué idioma prefieres recibir información de tu escuela?

Idioma: _____

Dialecto: _____

Nombre del padre

Firma del padre/madre

Fecha

LEA : Please have all families complete this home language survey at the student's initial enrollment in school. This form must be signed and dated by the parent or tutor and kept in the student's file. (Si en las preguntas 1 a 3 se indica un idioma distinto del inglés o del inglés no estadounidense, la LEA debe continuar con la revisión de los registros, paso 2 del programa de aprendizaje de inglés) proceso de identificación.)



Fecha: _____ Escuela: _____

Nombre del niño/a: _____
 (Último) (Primero) (Medio)

Fecha de nacimiento: _____ Carrera: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

LEA CADA PREGUNTA DETENIDAMENTE Y COMPLETE LOS ESPACIOS EN BLANCO DE FORMA COMPLETA Y PRECISA.

1. ¿Peso del niño al nacer? _____ ¿Naciste prematuramente? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿con cuántas semanas de antelación? _____

2. ¿Hubo alguna dificultad inusual para la madre o el bebé durante el embarazo o el parto de este niño? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Su hijo necesitó oxígeno al nacer? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Su hijo/a tiene asma? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo

¿Medicamentos en la escuela? _____

4. ¿Su hijo/a padece anemia falciforme? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Su hijo/a tiene: ¿Diabetes? ☐ Sí ☐ No

6. ¿Su hijo/a tiene alergias (a medicamentos, alimentos, al medio ambiente, a picaduras de insectos, al látex, etc.)? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, enumérelas y describa en detalle qué le sucede al niño: _____

7. ¿Su hijo/a toma medicamentos para las alergias? ☐ Sí ☐ Sin medicación _____

¿Sería necesario tener este medicamento a mano en la escuela en caso de una reacción alérgica repentina? ☐ Sí ☐ No

8. ¿Este niño ha estado ingresado alguna vez en un hospital durante la noche? ☐ Sí ☐ No ¿Por qué? _____

9. ¿Este niño ha tomado alguna vez medicación a largo plazo? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

10. ¿Ha experimentado este niño alguno de los siguientes síntomas?

☐ Convulsiones

☐ Fiebre alta persistente

☐ Lesión en la cabeza

☐ Problemas de alimentación

☐ Problemas para dormir

☐ Problemas con el uso del inodoro

☐ Problemas físicos

☐ Enfermedad crónica

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, por favor explique: _____

11. ¿Problemas del habla? ☐ Sí ☐ No ¿Evaluación? ☐ Sí ☐ ¿Sin terapia? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿dónde? _____

12. ¿Problemas de audición? ☐ Sí ☐ No

Nombre del médico: _____

Fecha de la última visita: _____

13. ¿Problemas de visión? ☐ Sí ☐ No ☐ Anteojos ☐ Contactos

Nombre del médico: _____

Fecha de la última visita: _____

14. ¿Este niño ha tenido alguna vez varicela? ☐ Sí Fecha _____ ☐ No

15. ¿Aproximadamente a qué edad comenzó el niño lo siguiente?

Siéntate solo _____ Gatear _____ Caminar _____ Di palabras sencillas _____

16. ¿Le preocupa que su hijo pueda tener dificultades para adaptarse o tener éxito en la escuela? ☐ Sí ☐ No

Explicar: _____

17. ¿Ha tenido el niño alguna experiencia previa en la escuela o en la guardería? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿dónde? _____ ¿Cuándo? _____

18. ¿Cree usted que su hijo tiene alguna necesidad especial? Por favor, marque todas sus inquietudes en la siguiente lista.

Comportamiento:

- | | |
|--|---|
| ☐ Tiene rabietas | ☐ No puede aceptar límites |
| ☐ Se resiste a las normas o se niega a cumplir con las solicitudes. | ☐ Es destructivo con los juguetes. |

Socialización:

- | | |
|--|--|
| ☐ No juega con otros niños. | ☐ No se separa de mí fácilmente |
|--|--|

Habla/Lenguaje:

- | | |
|---|---|
| ☐ Habla poco clara o ininteligible | ☐ Tiene dificultad para expresar sus deseos. |
| ☐ Utiliza oraciones incompletas | ☐ Necesita que se le repitan las instrucciones con frecuencia. |

Atención:

- | | |
|--|---|
| ☐ Se distrae fácilmente | ☐ Tiene poca capacidad de atención |
| ☐ Salta de una tarea a otra | ☐ Persiste cuando se le pide que se detenga. |

Habilidades de desarrollo:

- ☐ No parece estar aprendiendo a un ritmo promedio.
- ☐ Actúa como si fuera mucho más joven de lo que es.
- ☐ Ha presentado retrasos en los hitos del desarrollo.
- ☐ Busca amigos mucho más jóvenes

Motor:

- ☐ Es torpe
- ☐ Tiene dificultad para usar lápices, crayones o tijeras.
- ☐ Tiene dificultad para abotonarse o subirse a la cremallera.

19. ¿Es el inglés el idioma principal en el hogar? ☐ Sí ☐ No, idioma principal: _____

20. Por favor, escriba aquí cualquier inquietud que tenga con respecto a la salud física de su hijo, salud mental y/o emocional.

Dear Parent or Guardian,

According to Delaware Code, Title 14, section 131; a child is not permitted to enter into school without acceptable evidence of immunization. **If your child is a new enterer* to Delaware public schools he or she will not be permitted to enroll without an immunization record.** Please see below for children of active duty members of the uniformed services.

Delaware law requires the following for entry to public school. **If these items are not provided to the school within 14 CALENDAR DAYS from the date below your child will be denied entry into school.**

1. IMMUNIZATIONS:

- Four (4) or five (5) doses of DPT OR DTAP, or a combination thereof. A fifth dose is not required if the fourth dose is given after the fourth birthday.
- Three (3) or four (4) doses of the polio (OPV or IPV) vaccine. A fourth dose is not required if the third dose is given after the fourth birthday.
- Three (3) doses of Hepatitis B vaccine.
- Two (2) doses of measles, mumps and rubella vaccine, MMR, (first dose after the age of 12 months, second dose after the fourth birthday).
- Two (2) doses of Varicella (chicken pox), or a written disease history by a licensed healthcare provider.
- Entering 9th Graders must additionally have 1 dose Tdap (adult booster) and 1 dose meningococcal² (In 8/2017 - Grades 9 & 10; in 8/2018 - Grades 9 - 11; 8/2019 - Grades 9 – 12)

2. PHYSICAL EXAM:

- A physical examination by a physician, nurse practitioner, or physician's assistant within the last two (2) years for all new enterers. A second health examination is required for all students entering 9th grade. Examinations completed no more than two years prior to entry into 9th grade will be accepted.

3. TUBERCULOSIS SCREENING:

- Written results from either a TB risk assessment, a Tuberculosis skin test (Mantoux, PPD), or a Quantiferon TB Gold test, within the last twelve (12) months.

4. LEAD TEST:

- All kindergarten and preschool students must show proof of a blood lead test, completed any time after 1 year of age.

If you enroll your child over the summer, please be aware that if appropriate documentation is not provided for any of the above requirements within 14 days of the date below, the date of exclusion will start on the first day of school.

If your child is transferring to our school from another school in the state of Delaware we assume he or she currently complies with all the above requirements. However, if for any reason your child does not meet all of the above requirements, your student will also have 14 days from the date of this form to comply with regulations.

Military families: Children of active duty members of the uniformed services will have **30 days from the date of enrollment** to comply with the above immunization requirements.

All documents should be turned in to the school as soon as possible. **BY STATE LAW, FAILURE TO PROVIDE THESE DOCUMENTS WILL RESULT IN EXCLUSION FROM SCHOOL.**

- * *A new enterer is defined as a child entering a Delaware public school for the first time, including but not limited to foreign exchange students, immigrants, students from other states and territories and children entering from non-public schools.*

Transferring from: School _____, State _____, Country _____

Please sign below to acknowledge receipt of this information.

Parent/Guardian Signature

Date

Student's Name

Grade

FORMULARIO DE SALUD ESTUDIANTIL DE DELAWARE

NIÑOS Preescolar - 6.º grado

Debe ser completado por un profesional de la salud con licencia:

Médico (MD o DO), Enfermero Especialista Clínico (APN), Enfermero de Práctica Avanzada (APN) o Asistente Médico (PA)

Para el padre, madre o tutor legal:

Para brindar la mejor experiencia educativa, el personal escolar debe comprender las necesidades de salud de su hijo.

El formulario solicita información suya (Parte I) y de su proveedor de atención médica (Partes I, II y III). Todos los estudiantes de Delaware

Las escuelas públicas deben proporcionar documentación de las vacunas al día. Además, se requiere un certificado de salud vigente (de los últimos 2 años).

Se requiere un examen para ingresar a la escuela.

Hable con su proveedor de atención médica sobre asuntos importantes¹ relacionados con su hijo, tales como:

- ☐ Escuela (preparación o adaptación, actividades extraescolares, comunicación entre padres y profesores, madurez, rendimiento, servicios especiales)
- ☐ Actividad mental y física (peso saludable, dieta equilibrada, actividad física, tiempo limitado frente a las pantallas)
- ☐ Bienestar emocional (tiempo en familia, interacciones sociales, autoestima, resolución de conflictos, amigos)
- ☐ Crecimiento y desarrollo físico (cuidado dental, alimentación saludable, pubertad)
- ☐ Prevención de lesiones y enfermedades y seguridad (cinturón de seguridad o asiento elevador, seguridad en bicicleta, natación, protección contra el abuso, armas, seguridad contra incendios, supervisión, protector solar, internet, infección, planificación ante desastres)
- ☐ Inmunizaciones

Vacunas obligatorias para los estudiantes recién matriculados en las escuelas de Delaware

JARDÍN DE INFANTES:

- ☐ DTaP/DTP: 4 o más dosis. Si la cuarta dosis se administró antes del cuarto cumpleaños, se requiere una quinta dosis.
- ☐ Polio: 3 o más dosis. Si la tercera dosis se administró antes del cuarto cumpleaños, se requiere una cuarta dosis.
- ☐ MMR: 2² dosis. La 1 dosis debe administrarse en o después del 1 cumpleaños. La 2 dosis³ debe administrarse después del 4^{el} cumpleaños.
- ☐ Hepatitis B: 3 dosis.
- ☐ Varicela: 2 dosis. La primera dosis debe administrarse el día del primer cumpleaños o después,⁴ y la segunda dosis después del cuarto cumpleaños. ^{el}

GRADOS 1-6:

- ☐ DTaP/DTP: 4 o más dosis. Si la 4.^a dosis se administró antes del 4.º cumpleaños, se requiere una 5.^a dosis. Estudiantes que comienzan la serie en Los niños de 7 años o mayores solo necesitan un total de 3 dosis. La División de Salud Pública recomienda una dosis de refuerzo de Td o Tdap para todos. estudiantes a los 11 años de edad o cinco años después de la última dosis de DTaP, DTP o DT administrada, lo que ocurra más tarde.
- ☐ Polio: 3 o más dosis. Si la tercera dosis se administró antes de que el niño cumpliera 4 años, se requiere una cuarta dosis.
- ☐ Vacuna³ contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR): 2 dosis. La primera dosis debe administrarse el día del primer cumpleaños o después. La segunda dosis debe administrarse después del cuarto cumpleaños.
- ☐ Hepatitis B: 3 dosis. Para niños de 11 a 15 años, se pueden usar dos dosis de una vacuna aprobada por los CDC.
- ☐ Varicela: 2⁴ dosis. La primera dosis³ debe administrarse a partir del primer cumpleaños y la segunda dosis después del cuarto cumpleaños.

Vacunación altamente recomendada por la División de Salud Pública de Delaware

- ☐ Vacuna contra la gripe (estacional): cada año para todos los niños (a partir de los 6 meses).
- ☐ Tétanos-Difteria-Tos ferina (Tdap): dosis de refuerzo a los 11 años o cinco años después de la última dosis.
- ☐ Meningocócica (MCV4): todos los niños a los 11 o 12 años, y una dosis de refuerzo a los 16 años.
- ☐ Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH): Todas las niñas y niños (de 11 o 12 años)
- ☐ Vacuna neumocócica (PCV13): niños con factores de riesgo específicos
- ☐ Vacuna neumocócica (PPSV): ciertos grupos de alto riesgo
- ☐ Hepatitis A: niños no vacunados que están o estarán en mayor riesgo

¹ Los profesionales clínicos deben consultar: Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents, (3.^a ed.) AAP, 2008.

² Los niños que ingresen a la escuela antes de los cuatro años deberán seguir las recomendaciones vigentes de la División de Salud Pública de Delaware.

³ No se aceptarán antecedentes de sarampión, rubéola, paperas y hepatitis B a menos que estén confirmados serológicamente.

⁴ Para estar exento de la vacunación, un profesional sanitario debe verificar que ha padecido varicela.

FORMULARIO DE SALUD ESTUDIANTIL DE DELAWARE

ADOLESCENTES (7.º a 12.º grado)

Debe ser completado por un profesional de la salud con licencia:

Médico (MD o DO), Enfermero Especialista Clínico (APN), Enfermero de Práctica Avanzada (APN) o Asistente Médico (PA)

Para padres o tutores:

Para brindar la mejor experiencia educativa, el personal escolar debe comprender las necesidades de salud de su hijo.

Este formulario solicita información suya (Parte I) y de su proveedor de atención médica (Partes I, II y III).

Todos los estudiantes de las escuelas públicas de Delaware deben presentar documentación que acredite sus vacunas al día. Además, se requiere un examen médico reciente (realizado en los últimos 2 años) al ingresar a la escuela y antes de comenzar el noveno grado.

Hable con su proveedor de atención médica sobre asuntos importantes¹ relacionados con su hijo, tales como:

- ☐ Crecimiento y desarrollo físico (salud física y bucal, imagen corporal, alimentación saludable, actividad física)
- ☐ Competencia social y académica (conexión con la familia, los compañeros, la escuela y la comunidad; relaciones interpersonales; rendimiento escolar)
- ☐ Bienestar emocional (afrontamiento, regulación del estado de ánimo y salud mental, autoestima, sexualidad)
- ☐ Reducción de riesgos y seguridad (tabaco, alcohol u otras drogas; embarazo; ITS; infecciones; planificación ante desastres)
- ☐ Prevención de la violencia y las lesiones (uso del cinturón de seguridad y del casco, abuso de sustancias y viajes en vehículo, protección contra el abuso, armas de fuego, violencia interpersonal [peleas/violencia en el noviazgo], acoso escolar)
- ☐ Inmunizaciones

Inmunizaciones Requisito para los estudiantes recién matriculados en las escuelas de Delaware.

GRADOS 7-12:

- ☐ DTaP/DTP, Td/Tdap: 4 o más dosis. Si la cuarta dosis se administró antes del cuarto cumpleaños, se requiere una quinta dosis. Los estudiantes que comienzan la serie a los 7 años o más solo necesitan un total de 3 dosis. La División de Salud Pública recomienda una dosis de refuerzo de Td o Tdap para todos los estudiantes a los 11 años o cinco años después de la última dosis de DTaP, DTP o DT, lo que ocurra más tarde.
- ☐ Polio: 3 o más dosis. Si la tercera dosis se administró antes del cuarto cumpleaños, se requiere una cuarta dosis.
- ☐ Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) : 2 dosis. La primera dosis debe administrarse el día del primer cumpleaños o después. La segunda dosis debe administrarse después del cuarto cumpleaños.
- ☐ Hepatitis B: 3 dosis. Para niños de 11 a 15 años, se pueden usar dos dosis de una vacuna aprobada por los CDC.
- ☐ Varicela : 1-2 dosis. La primera dosis debe administrarse a partir del primer cumpleaños. Se requieren dos dosis para todos los alumnos de nuevo ingreso en los siguientes grados: K-9 en 2012-2013, K-10 en 2013-2014, K-11 en 2014-15 y K-12 en 2015-2016.

Vacunación altamente recomendada por la División de Salud Pública de Delaware

- ☐ Vacuna contra la gripe (estacional): cada año para todos los niños (a partir de los 6 meses).
- ☐ Tétanos-Difteria-Tos ferina (Tdap): dosis de refuerzo a los 11 años o cinco años después de la última dosis.
- ☐ Meningocócica (MCV4): todos los niños a los 11 o 12 años, y una dosis de refuerzo a los 16 años. Vacuna
- ☐ contra el virus del papiloma humano (VPH): todas las niñas y niños (a los 11 o 12 años).
- ☐ Vacuna neumocócica (PCV13): niños con factores de riesgo específicos. Vacuna
- ☐ neumocócica (PPSV): ciertos grupos de alto riesgo. Hepatitis A: niños no
- ☐ vacunados que tienen o tendrán un mayor riesgo.

¹ Los médicos deben consultar: BrightFutures: Guías para la supervisión de la salud de lactantes, niños y adolescentes, (3.ª ed.) AAP, 2008. No se aceptarán antecedentes de enfermedades como sarampión, rubéola, paperas y hepatitis B a menos que estén confirmados serológicamente.

3. Para estar exento de la vacunación, un profesional de la salud debe verificar el historial de varicela.

4. Un alumno de nuevo ingreso es un niño que ingresa por primera vez a un distrito escolar de Delaware.

PARTE I - HISTORIAL MÉDICO

Debe ser completado por el padre/tutor antes del examen.
El profesional de la salud debe revisarlo y hacer comentarios en la última columna.

Nombre: _____

Género: _____
Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Examinador: _____

	PADRE		COMENTARIO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA
¿Retraso en el desarrollo (habla, marcha, otros)?	Sí	No	
¿Lesión o enfermedad grave?			
Medicamento			
¿Hospitalizaciones?			
¿Cuándo? ¿Para qué?			
¿Cirugía? (Enumere todas)			
¿Cuándo? ¿Para qué?			
¿Problemas de oído/audición?			
¿Problemas cardíacos/dificultad para respirar?	Sí	No	
¿Soplo cardíaco/Presión arterial alta?	Sí	No	
¿Mareos o dolor en el pecho al hacer ejercicio?	Sí	No	
¿Alergias (alimentarias, a insectos, de otro tipo)?	Sí	No	
¿Antecedentes familiares de muerte súbita antes de los 50 años?	Sí	No	
¿El niño se despierta por la noche tosiendo?	Sí	No	
¿Diagnóstico de asma?	Sí	No	
Trastornos sanguíneos (hemofilia, anemia falciforme, otros)?	Sí	No	
¿Aumento o pérdida de peso excesivos?	Sí	No	
¿Diabetes?	Sí	No	
¿Pérdida de función de uno o ambos órganos (ojo, oído, riñón, testículo)?			
¿Convulsiones?	Sí	No	
¿Lesiones en la cabeza/Conmoción cerebral/Desmayo?	Sí	No	
¿Problemas musculares, óseos o articulares, lesiones o escoliosis?	Sí	No	
¿TDAH/TDA?	Sí	No	
¿Problemas de comportamiento?	Sí	No	
¿Problemas oculares o de visión? ☐ Anteojos ☐ Contactos ☐ Otro _____	Sí	No	
¿Problemas dentales? ☐ de ☐ Puente ☐ Lámina ☐ ¿Otro? ortodoncia Fecha del examen _____	Sí	No	
¿Otros diagnósticos?	Sí	No	
¿Su hijo/a tiene seguro médico?	Sí	No	
¿Su hijo tiene seguro dental?	Sí	No	
La información podrá ser compartida con el personal pertinente con fines sanitarios y educativos.			
Firma del padre/madre o tutor legal		Fecha	

PARTE II VACUNACIONES

La sección completa a continuación debe ser completada por MD/DO/APN/NP/PA. Se puede adjuntar el formulario VAR impreso en lugar de completarlo.

Immunizations - Shaded Vaccines Required. Regulations is located at Title 14 Section 804 Immunizations.

DTaP/ DT / /	DTaP/ DT / /	DTaP/ DT / /	DTaP/ DT / /	DTaP/ DT / /
OPV/ IPV / /	OPV/ IPV / /	OPV/ IPV / /	OPV/ IPV / /	OPV/ IPV / /
PCV7/ PCV13 / /	PCV7/ PCV13 / /	PCV7/ PCV13 / /	PCV7/ PCV13 / /	PCV7/ PCV13 / /
Hib / /	Hib / /	Hib / /	Hib / /	
MMR / /	MMR / /	HepB /HepB-2 / /	HepB /HepB-2 / /	HepB / /
VAR / /	VAR / /	RV-2/ RV-3 / /	RV-2/ RV-3 / /	RV-3 / /
MCV4 / /	MCV4 / /	HPV / /	HPV / /	HPV / /
Hep A / /	Hep A / /	Td/ Tdap / /	Td/ Tdap / /	Td / /
Influenza / /	Influenza / /	PPSV23 / /	PPSV23 / /	
Other: / /	Other: / /	Other: / /	Other: / /	Other: / /

El niño está completamente inmunizado según las recomendaciones del DPH/CDC (consulte la página de portada).

☐ Sí

☐ No

PARTE III DETECCIÓN Y PRUEBAS

La sección completa a continuación debe ser completada por un médico (MD/DO/APN/NP/PA).

Pantalla	Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____ Percentil de IMC: _____ PA: _____ Pulso: _____ Otros: _____ (pulgadas) (libras)
Odontología Pantalla	☐ Problema identificado: Derivado para tratamiento ☐ No hay problema: Remitido para prevención ☐ Sin derivación: Ya recibe atención dental.
Tuberculosis Pantalla	Todos los alumnos de nuevo ingreso deben someterse a una prueba de tuberculosis o a una evaluación de riesgo de tuberculosis, que debe realizarse dentro de los 12 meses anteriores al ingreso escolar. Evaluación de riesgos: Fecha _____ Resultados: ☐ Prueba requerida ☐ Prueba no requerida Prueba cutánea de Mantoux: Fecha _____ Resultados: _____ MM Otro: (tipo) _____ Fecha _____ Resultados: _____ MM
Dirigir Prueba	Se requiere un análisis de plomo en sangre para niños de 6 meses a 6 años. Fecha: _____ Resultados: _____
Otro Pantalla	Audiencia: Tipo: _____ Fecha: _____ Resultados: _____ Remisión: ☐ No ☐ Sí _____ Fecha Visión: Tipo: _____ Fecha: _____ Resultados: _____ Remisión: ☐ No ☐ Sí _____ Fecha Otro: Tipo: _____ Fecha: _____ Resultados: _____ Remisión: ☐ No ☐ Sí _____ Fecha

NOMBRE DEL NIÑO _____

PARTE IV EXAMEN COMPLETO

La sección completa a continuación debe ser completada por un médico (MD/DO/APN/PA).

FÍSICO EXAMEN	NORMAL	Controlar (✓) ANORMAL	REMISIÓN	CUIDADO DE LA SALUD COMENTARIO DEL PROVEEDOR
Aspecto general				
Piel				
Ojos				
Orejas				
Nariz/Garganta				
Boca/Dental				
Cardiovascular				
Respiratorio				
Tiroides				
Gastrointestinal				
Genitourinario				
Neurológico				
Musculoesquelético				
Examen de la columna vertebral				
Estado nutricional				
estado de salud mental				

PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS Y QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA:Los niños con afecciones que ponen en peligro su vida necesitan un plan de atención de emergencia para la escuela.

Adjunte el plan de cuidados, los protocolos y/o el plan de atención de emergencia.

Recomendaciones o referencias: _____

DIAGNÓSTICO	PLAN DE EMERGENCIA ADJUNTO		PLAN DE CUIDADO O PRESCRIPCIÓN PLANO ADJUNTO	
	SÍ	NO	SÍ	NO

Nombre impreso: _____ Firma: _____ Fecha: _____

☐ Médico (MD o DO)
☐ Enfermero/a especialista clínico/a (APN)
☐ Enfermero/a de práctica avanzada (APN)
☐ Asistente médico (PA)

DIRECCIÓN: _____

Teléfono: _____

ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO DEL

ESTUDIANTE Esta información se compartirá con el personal, la administración y el personal médico de emergencia solo cuando sea necesario, a menos que usted nos notifique lo contrario.

POR FAVOR, VERIFIQUE SI EL NIÑO HA TENIDO DIFICULTADES CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS. INDIQUE LAS FECHAS Y CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN EN LA SECCIÓN DE COMENTARIOS.

1. ☐ TDA/DAH ☐

☐ Hueso/Columna vertebral

☐ Corazón

☐ Discurso

☐ Alergias ☐

☐ Intestino/Vejiga

☐ Infecciones

☐ Cirugía

☐ Asma ☐

☐ Diabetes

☐ Riñón

☐ Visión

☐ Trastorno sanguíneo

☐ Emocional

☐ Discapacidad física

☐ Perforaciones corporales/

☐ Audiencia

☐ Convulsiones

☐ Tatuajes ☐ OTRO

Comentarios:

2. ¿Su hijo/a tiene alergias a medicamentos, alimentos, látex o picaduras de insectos?

NO ☐ Sí ☐

¿A qué?

¿Lo que sucede?

Tratamiento

3. ¿Su hijo/a ha tenido alguna enfermedad desde que terminaron las clases?

NO ☐ Sí ☐

Tipo de enfermedad, con fecha(s)

4. ¿Su hijo/a ha sido sometido/a a alguna cirugía desde que terminaron las clases?

NO ☐ Sí ☐

Tipo de cirugía, con fecha(s)

5. ¿Su hijo/a ha recibido alguna vacuna desde que terminaron las clases?

NO ☐ Sí ☐

Enumere las vacunas, con las fechas.

6. ¿Su hijo/a está recibiendo tratamiento o evaluación por alguna afección médica?

NO ☐ Sí ☐

Condición de lista

7. ¿Su hijo/a está tomando algún medicamento o recibiendo algún tratamiento?

NO ☐ Sí ☐

Nombre del medicamento y/o tratamiento

¿Su hijo necesita medicación durante el horario escolar?

NO ☐ Sí ☐

*En caso afirmativo, póngase en contacto con la enfermera escolar para coordinar los detalles.

8. ¿Alguna vez le ha realizado un examen oftalmológico a su hijo/a?

NO ☐ Sí ☐

Fecha del último examen

NO ☐ Sí ☐

Gafas graduadas

Si su hijo usa gafas o lentes de contacto, ¿cuándo se cambió la receta por última vez?

9. ¿Cómo se llama el dentista de su hijo/a?

¿Cuál es la fecha de su último examen dental?

10. ¿Cuál es el nombre del médico de cabecera de su hijo/a?

¿Cuál es la fecha de su último examen físico?

11. ¿Su hijo/a ha experimentado algún acontecimiento importante en su vida, como una mudanza reciente, una muerte, una separación, un divorcio, etc., desde el final del último año?

¿año escolar?

NO ☐ Sí ☐

*Si la respuesta es sí, comuníquese con la enfermera escolar o el consejero escolar.

Revisado el 6/9/2025

Autorización para el uso de medicamentos de venta libre durante el año escolar 2026-2027

Nombre del profesor: _____

¿Su hijo/a tiene alergia a algún medicamento? Sí _____ No _____

Como padre/madre/tutor legal, doy mi autorización para que el estudiante mencionado anteriormente reciba los siguientes medicamentos. administrado por la enfermera escolar durante el año escolar. Entiendo que será revisado por la La enfermera escolar administrará los medicamentos si así lo indica su evaluación. Por favor, verifique.

_____ Advil/ Ibuprofeno/ Motrin

_____ Solución de lavado de ojos/enjuague salino

_____ Anbesol/ Orajel

Artículos de higiene

_____ Crema antifúngica

Ungüento labial (Blistex/ Chapstick/ Vaselina/ Carmex)

Loción Benadryl (antipicazón)

Ungüento para la piel (Bacitracina/Crema de hidrocortisona/Neosporin)

_____ Antihistamínicos (Benadryl/Zyrtec)

_____StingKill (Alivio de picaduras de insectos)

_____ Ungüento/aerosol para quemaduras

_____ Spray para la garganta (Spray cloraseptico)

Caladryl/ Loción de calamina

Tums/Pepto para niños/Carbonato de calcio

Pastillas para la tos

Tylenol/Acetaminofén

Solución para lentes de contacto/gotas oftálmicas

Enjuague bucal

Firma del padre/madre o tutor legal:

Número de teléfono:

Fecha:



2026 – 2027 ESTUDIANTES JÓVENES CON RELACIONES MILITARES

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Todas las escuelas públicas de Delaware, a partir del año escolar 2016-2017, están obligadas a identificar anualmente a los estudiantes matriculados que sean "jóvenes vinculados al ejército" de conformidad con 14 DE Admin. Code 932, 14 Del.C. Capítulo 1, §122 (b)(28), 10 USC §101(d) (2014) y la Ley Every Student Succeeds reautorizada (2015), 20 USC 6301 y siguientes, con el fin de proporcionar a su estudiante apoyos y servicios adicionales, si fuera necesario.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla correspondiente a continuación.

- Este formulario debe ser completado anualmente por uno de los padres o padrastros/madrastras.
- Si su estudiante no es un "joven vinculado al ejército", marque la tercera casilla, "No aplicable".

MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

☐

FEDERAL "Servicio Activo" - Soy un padre o padrastro que es un miembro "en servicio activo" de las Fuerzas Armadas (Ejército de los Estados Unidos, Armada de los Estados Unidos, Fuerza Aérea de los Estados Unidos, Cuerpo de Marines de los Estados Unidos o Guardia Costera de los Estados Unidos) de conformidad con 10 USC §101(d) (2014) y la Ley Every Student Succeeds reautorizada (2015), 20 USC 6301 y siguientes.

☐

ESTADO "Servicio activo/Recientemente jubilado/Reservas/Identificado como veterano discapacitado/Muerto en combate" de conformidad con 14 DE Admin. Code 932, 14 Del.C. Capítulo 1, §122 (b)(28), 10 USC §101(d) (2014).

- Soy padre o padrastro/madrastra y miembro en servicio activo de la Guardia Nacional, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.
- Soy padre o padrastro, o bien, tengo un familiar directo, incluyendo hermanos o cualquier otra persona que resida en el mismo hogar, que presta servicio en la reserva, es veterano discapacitado, falleció en combate o se jubiló recientemente (en los 18 meses anteriores al 30 de septiembre del año escolar en curso) de una rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. Dichas ramas incluyen el Ejército de los Estados Unidos, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, el Cuerpo de Marines de los Estados Unidos, la Armada de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, la Guardia Costera de los Estados Unidos, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.
- Existe un miembro de la familia inmediata, incluyendo un hermano o cualquier otra persona que resida en el mismo hogar, que sea miembro en servicio activo del Ejército de los Estados Unidos, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, el Cuerpo de Marines de los Estados Unidos, la Armada de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, la Guardia Costera de los Estados Unidos, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

☐

NO APLICABLE

Nombre del estudiante: _____

Calificación: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre del profesor tutor: _____

Por favor, devuelva este formulario al profesor tutor de su hijo/a a más tardar el lunes 21 de septiembre de 2026.



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE DELAWARE
TÍTULO I, PARTE C
Encuesta sobre trabajos agrícolas

Inglés/Español

Estimado padre/madre/tutor legal, Fecha: _____

Para servir mejor a su hijo, _____, nuestro distrito: Distrito Escolar Capital y nuestra escuela: _____ ayudan al Departamento de Educación de Delaware a identificar a los estudiantes que pueden Podrá optar a servicios de apoyo y formación adicionales. Sus respuestas se mantendrán confidenciales y se utilizarán únicamente para la planificación. Por favor, complete y devuelva este formulario a la escuela de su hijo/a.

1. En los últimos 3 años, ¿su familia ha cambiado de: a) un distrito escolar a otro; b) un estado a otro o c) otro país a los EE. UU.?

_____ SÍ _____ NO

If “NO,” no complete the remainder of this survey. If “YES,” please continue.

2. ¿El motivo de este cambio fue buscar o aceptar un empleo en el sector agrícola o pesquero, como los que se enumeran a continuación? Responda a esta pregunta aunque ahora tenga un trabajo diferente.

_____ SÍ _____ NO

Si la respuesta es “Sí”, marque con un círculo todas las opciones que correspondan si usted, su esposo/esposa o alguien de su hogar ha trabajado con, en o en una:

Granja	planta procesadora de pollos	Frutas/especias secas o deshidratadas	Vivero de plantas/invernadero
Lácteos	Procesamiento de carne/pescado	granjas de césped	Cultivo o cosecha de árboles
Conservas de rancho	pantanos de arándanos	Planta de envasado de carne o alimentos	Procesamiento de alimentos
Casa de pollos	Jugos frescos/congelados	Hongos	Procesamiento de alimentos para mascotas
	Pesquería	Plantar, recolectar o empacar frutas, verduras, semillas o frutos secos	Limpiar, desherbar o preparar el terreno para plantación

Por favor, añada cualquier otra labor o actividad agrícola o pesquera que usted, su cónyuge o algún miembro de su hogar haya realizado:

Por favor, enumere a todos los niños de entre 3 y 21 años que viven en el hogar, incluidos aquellos que no están matriculados en la escuela:

Nombre / Apellido	Fecha de nacimiento	Grado de	edad	Escuela

Parent/Guardian: _____

Address: _____ Apt. No. _____ City: _____ Zip: _____

Phone: _____ Best time to be reached _____ AM / PM Alternate or cell phone number: _____

DISTRITOS: El documento ORIGINAL debe enviarse a la Oficina del Programa de Educación para Migrantes del Departamento de Educación de Delaware dentro de los 10 días posteriores a la inscripción del estudiante por correo estatal con código N510 o por correo postal de EE. UU. a 35 Commerce Way, Suite 1, Dover DE 19904. Se debe conservar una COPIA de este formulario en el expediente del estudiante para documentar el cumplimiento de los requisitos del programa federal Título I, Parte C.