



RED CLAY SCHOOLS

Lista de verificación de documentos para la inscripción en Red Clay

Por favor, complete los formularios incluidos en este paquete y devuélvalos a la escuela que le haya sido asignada.

- Certificado de nacimiento: un certificado de nacimiento válido. Se puede aceptar una copia del certificado de nacimiento enviada directamente a la escuela por la escuela anterior. Si el certificado de nacimiento no contiene el nombre del padre o madre que inscribe al niño, se requiere una verificación adicional de la tutela. Se puede aceptar un documento legal (del sistema judicial) junto con el certificado de nacimiento si indica el nombre del padre o madre, la relación con el niño y la fecha de nacimiento del niño.
- Registro de examen físico (realizado en los últimos 24 meses).
- Registro de vacunas actualizado.
- Evaluación de riesgo de tuberculosis.
 - Solo para alumnos de jardín de infancia: prueba de detección de plomo.
- Último boletín de notas (grados K-8), último expediente académico (grados 9-12).
- Documentación del IEP (Plan de Educación Individualizado), si procede.
- Copia del documento de identidad con fotografía del padre/tutor.

Dos pruebas de residencia: el padre, tutor legal o familiar que cuida del niño que se va a inscribir debe presentar al menos dos documentos de la siguiente lista. Las direcciones deben ser las mismas en ambos documentos.

Se debe proporcionar al menos un artículo del grupo A y un artículo del grupo B.

Grupo A:

- Copia del extracto hipotecario del mes más reciente (se puede aceptar una copia de la declaración de liquidación de la vivienda en lugar de la declaración hipotecaria si la vivienda se ha comprado recientemente y aún no se ha recibido la declaración hipotecaria).
- Contrato de alquiler (en el que figure el padre, madre, tutor legal o familiar que cuida del menor como ocupante).
- Factura del alcantarillado (del año en curso).
- Recibo del impuesto sobre bienes inmuebles (del año en curso).
- Factura original reciente del gas o la electricidad.

Grupo B:

- Tarjeta de registro del automóvil o declaración de la póliza de seguro del automóvil en vigor
- Declaración de la póliza de seguro de alquiler
- Documentos fiscales del año más reciente
- Nómina o talón de pago (con fecha dentro de los últimos 30 días)
- Dos extractos bancarios consecutivos (con fecha dentro de los últimos 90 días)
- Notificación oficial de cambio de dirección del Servicio Postal de los EE.UU. en el correo devuelto (la etiqueta amarilla con la nueva dirección debe estar adjunta al sobre con la dirección antigua)
- Correspondencia de una agencia estatal de Delaware, como el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware, el Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y sus Familias, el Departamento de Trabajo o la División de Servicios Sociales de Delaware.

Si vive en la residencia de otra persona, complete la «Declaración jurada de ocupación múltiple del propietario/inquilino del Distrito Escolar Consolidado de Red Clay» y la «Declaración jurada de ocupación múltiple del Distrito Escolar Consolidado de Red Clay».

Si tiene alguna pregunta, diríjase a la escuela Red Clay que le haya sido asignada.



Distrito Escolar Consolidado Red Clay

FICHA DE INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Año Escolar: 2027-2028

Para uso exclusivo de la oficina

School:

ID:

Grade:

Hmrm:

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Primer nombre:				Grado 2027-2028:	
Segundo nombre:				Fecha de nacimiento:	
Apellido:				Apodo/nombre de preferencia:	
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	Género:	☐ Masculino ☐ Femenino	Teléfono primario:	

DESIGNACIÓN RACIAL Y ÉTNICA

¿Es el alumno hispano o latino? (Escoger una respuesta) Las personas de Cuba, México, Puerto Rico, América del Sur o Central o de otra cultura u origen español, sin importar la raza, son consideradas hispanas o latinas. ☐ Sí ☐ No

Indicar a continuación la raza del alumno. Debe escoger por lo menos una raza, sin importar la designación étnica. Se puede escoger más de una respuesta.

☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico

DOMICILIO: Por favor indicar la dirección física (hogar) y postal si son diferentes.

Dirección física:		Dirección postal ¿Igual que la física? ☐ Sí ☐ No	
Nº de Apto.:		Nº de Apto.:	
Domicilio:		Domicilio:	
Reparto:		Reparto:	
Ciudad, Estado/ Cód. postal:		Ciudad, Estado/Cód.	

INFORMACIÓN ESPECIAL SOBRE LA CUSTODIA Si el niño vive con una persona distinta a la madre o al padre que figuran en el certificado de nacimiento, por favor indicarlo:

Nombre:			
Relación:			
¿Se encuentran los documentos relativos a la custodia en los archivos de la escuela?	☐ Sí	☐ No	

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Ha sido el alumno expulsado? ☐ Sí ☐ No			
Tiene su hijo: (documentación exigida)			
Un Plan de Educación Personalizada (IEP): ☐ Sí ☐ No	Dificultades de aprendizaje: ☐ Sí ☐ No		
Un Plan de Adaptación 504: ☐ Sí ☐ No	Dificultades físicas: ☐ Sí ☐ No		

INFORMACIÓN SOBRE LA EDUCACIÓN PREVIA: Nombre y dirección de la anterior escuela, jardín de infantes o guardería previa

Nombre:			
Domicilio:			
Ciudad, Estado/Cód. postal:			
Teléfono:		Fax:	

INFORMACIÓN SOBRE HERMANOS DE EDAD ESCOLAR

Nombre:			Nombre:		
Escuela:		Grado:	Escuela:		Grado:
Nombre:			Nombre:		
Escuela:		Grado:	Escuela:		Grado:

Actualización de la Historia Clínica del Estudiante: Esta información será compartida con el personal y directivos en los casos en que sea necesario, y con el personal médico de emergencia en el caso de una emergencia, a menos que usted nos notifique lo contrario.

1. Por favor indique con una marca si su hijo/hija ha tenido alguno de los siguientes problemas. Indique fechas y otorgue información adicional en la sección destinada a comentarios.

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------------|--|----------------------------------|
| ☐ ADD/ADHD | ☐ Hemorragia/Trastorno sanguíneo | ☐ Diabetes | ☐ Infecciones | ☐ Habla |
| ☐ Alergias | ☐ Huesos/Columna | ☐ Emocional | ☐ Riñón | ☐ Cirugía |
| ☐ Asma | ☐ Intestinos/Vejiga | ☐ Audición | ☐ Discapacidad física | ☐ Visión |
| ☐ Conducta | ☐ Conmoción cerebral | ☐ Corazón | ☐ Convulsiones | |
| ☐ Otro: _____ | | | | |

Comentarios: _____

() Sí () No 2. ¿Tiene su hijo/hija alergia a medicamentos, látex o picaduras de insectos? _____ ¿Qué le sucede? _____
¿A qué? _____
Tratamiento: _____

() Sí () No 3. Padece su hijo/hija una alergia alimentaria, intolerancia, preferencia religiosa? Tipo: ☐ Reacción alérgica ☐ Intolerancia ☐ Preferencia Religiosa
¿A qué? _____ ¿Qué le sucede? _____
Tratamiento: _____ Tipo: ☐ Reacción alérgica ☐ Intolerancia ☐ Preferencia Religiosa
¿A qué? _____ ¿Qué le sucede? _____
Tratamiento: _____

Todos los estudiantes que padecen alergia a alimentos deben presentar un Plan de Acción para la Alergia Alimentaria completado por un profesional de la salud matriculado.

Por favor entregar el Plan de Acción para Emergencias y TODOS los medicamentos para emergencias a la Enfermera Escolar.

() Sí () No 4. ¿Necesitará su hijo/hija un menú personalizado libre de alérgenos diseñado por los Servicios de Nutrición?
Nota: Las comidas preparadas en el hogar son la opción más segura de alimentación.
☐ No. Yo me haré completamente responsable de proporcionarle a mi hijo/hija comidas para la escuela libres de alérgenos.
☐ Sí. Entregaré a la enfermera escolar el Plan de Acción para la Alergia Alimentaria completado por un profesional de la salud matriculado.

() Sí () No 5. ¿Ha tenido su hijo/hija alguna enfermedad desde que terminaron las clases?
Tipo de enfermedad, con fecha(s): _____

() Sí () No 6. ¿Ha tenido su hijo/hija alguna cirugía desde que terminaron las clases?
Tipo de cirugía, con fecha(s): _____

() Sí () No 7. ¿Ha recibido su hijo/hija alguna vacuna desde que finalizaron las clases?
Indicar vacuna(s), con fecha(s): _____

() Sí () No 8. ¿Recibe su hijo algún tratamiento o está siendo evaluado por algún problema de salud?
Indique el/los problema(s): _____

() Sí () No 9. ¿Toma su hijo alguna medicación o recibe algún tipo de tratamiento?
Nombre de la medicación y/o tratamiento: _____

() Sí () No ¿Necesita su hijo tomar alguna medicación durante el horario escolar? **Si la respuesta es sí, por favor contáctese con la enfermera escolar**

() Sí () No 10. ¿Ha sido su hijo/hija examinado/a alguna vez por un oculista? Gafas recetadas: () Sí () No
Fecha del último examen: _____

Si su hijo/hija usa lentes o lentes de contacto, ¿cuándo fue la receta cambiada por última vez? _____

() Sí () No 11. ¿Cuál es el nombre del dentista de su hijo/hija? _____
¿Cuál fue la fecha de su último examen odontológico? _____

12. ¿Cuál es el nombre del médico de cabecera de su hijo/hija? _____
¿Cuál fue la fecha de su último examen físico: _____

() Sí () No 13. ¿Ha experimentado su hijo/hija recientemente algún acontecimiento de vida importante, tal como una mudanza, muerte, separación, divorcio, etc., desde el fin del último año escolar? ***Si la respuesta es sí, por favor comunicarse con la enfermera escolar o la consejera escolar.**

Para uso exclusivo de la oficina	Student:		ID:	
----------------------------------	----------	--	-----	--

Autorización para la Administración de Medicamentos de Venta Libre

Autorizo a que a mi hijo/hija se le administre lo siguiente, según lo determine la enfermera:

Acetaminofeno (Tylenol®) ☐ Sí ☐ No

Ibuprofeno (Advil®) ☐ Sí ☐ No

Tums® ☐ Sí ☐ No

Pastillas para la tos ☐ Sí ☐ No

Solución para el lavado de ojos o enjuague salino ☐ Sí ☐ No

Firma del padre/madre/tutor

Fecha:

INSEGURIDAD ALIMENTARIA: Red Clay tiene programas para apoyar a las familias que tienen acceso limitado a los alimentos. Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre el acceso a los alimentos para su familia.

Durante los últimos 12 meses, nos ha preocupado que se nos acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más.

Con frecuencia A veces Nunca

Durante los últimos 12 meses, los alimentos que comprábamos no nos duraban y no teníamos dinero para comprar más.

Con frecuencia A veces Nunca

FICHA PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA/ENFERMERÍA DE DELAWARE

Información médica

Médico: _____

Teléfono: _____

Dentista de la familia: _____

Teléfono: _____

Indicar todo diagnóstico médico serio del estudiante: _____

El estudiante es alérgico a: Medicamento: _____

Alimento: _____

Otro: _____

Seguro médico: N° de Medicaid: _____

Otro: N° de certificado: _____

N° de grupo: _____

Tipo: _____

El objetivo de este formulario es proporcionar a la escuela información para ser usada en la atención del estudiante si se enferma o lesiona en la escuela. Esta información puede ser compartida con el personal escolar y el personal médico de emergencia únicamente "en los casos en que sea necesario que la conozcan".

PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR LA ESCUELA EN CASO DE EMERGENCIA

Las escuelas han adoptado el siguiente procedimiento que será seguido normalmente para atender a su hijo/hija cuando requiera asistencia de emergencia en la escuela ya sea por un problema médico o de salud mental. En emergencias extremas la escuela buscará atención médica inmediata.

En caso de emergencia y/o si es necesario que el/la estudiante reciba atención médica u hospitalaria:

1. La escuela llamará a la casa del estudiante. Si nadie responde,
2. La escuela llamará al lugar de empleo del padre, madre o tutor 1 o 2. Si nadie responde,
3. La escuela llamará a los otros números de teléfono indicados y al médico.
4. Si ninguno de los contactos anteriores responde, la escuela pedirá una ambulancia, si fuese necesario, para transportar al niño a un centro médico local.
5. En base a lo que opine el médico que lo atienda, el niño podrá ser internado en un centro médico local.
6. La escuela continuará llamando a los padres, tutores y al médico hasta ponerse en contacto con alguno de ellos.
7. La información contenida en este formulario puede ser compartida con el personal médico de emergencia.

Si no me pueden localizar y las autoridades escolares han seguido el procedimiento descrito, estoy de acuerdo en asumir todos los gastos relacionados con el transporte y el tratamiento médico de este/esta estudiante. También presto mi consentimiento por este medio para cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento de diagnóstico o administración de anestesia que pueda ser llevado a cabo en base a la opinión médica del doctor que lo atienda.

Firma del padre/madre/tutor:

Fecha:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR			
Primer nombre:		Relación:	☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro
Segundo nombre:		☐ Tutor nombrado por la corte ☐ Otro (por favor indicar):	
Apellido:		Fecha de nacimiento:	
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	Vive con:	☐ Sí ☐ No
Domicilio:		Tel. de casa:	
Nº de Apto:		Tel. celular:	
Reparto:		Tel. laboral:	
Ciudad, Estado/ Cód. postal:		Nivel de educación: Diploma de secundaria/GED o superior:	☐ Sí ☐ No
E-Mail:			
Primer nombre:		Relación:	☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro
Segundo nombre:		☐ Tutor nombrado por la corte ☐ Otro (por favor indicar):	
Apellido:		Fecha de nacimiento:	
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	Vive con:	☐ Sí ☐ No
Domicilio:		Tel. de casa:	
Nº de Apto.:		Tel. celular:	
Reparto:		Tel. laboral:	
Ciudad, Estado/ Cód. postal:		Nivel de educación: Diploma de secundaria/GED o superior:	☐ Sí ☐ No
E-Mail:			
Primer nombre:		Relación:	☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro
Segundo nombre:		☐ Tutor nombrado por la corte ☐ Otro (por favor indicar):	
Apellido:		Fecha de nacimiento:	
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	Vive con:	☐ Sí ☐ No
Domicilio:		Tel. de casa:	
Nº de Apto.:		Tel. celular:	
Reparto:		Tel. laboral:	
Ciudad, Estado/ Cód. postal:		Nivel de educación: Diploma de secundaria/GED o superior:	☐ Sí ☐ No
E-Mail:			

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA: La persona debe tener 18 o más años de edad.			
Importante: En caso de emergencia se contactará a las personas aquí indicadas, si no se puede localizar al padre/tutor.			
Nombre:		Nombre:	
Apellido:		Apellido:	
Fecha de nacimiento (si se conoce)		Fecha de nacimiento (si se conoce)	
Relación:		Relación:	
Domicilio:		Domicilio:	
Ciudad, Estado/ Cód. postal:		Ciudad, Estado/ Cód. postal:	
Teléfono de casa:		Teléfono de casa:	
Teléfono celular:		Teléfono celular:	
Teléfono laboral:		Teléfono laboral:	



DEPARTMENT OF EDUCATION

Townsend Building
401 Federal Street Suite 2
Dover, Delaware 19901-3639
<http://education.delaware.gov>

Mark A. Holodick, Ed.D.
Secretary of Education
(302) 735-4000
(302) 739-4654 - fax

Departamento de Educación de Delaware - Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

Spanish

Fecha: _____

Escuela: _____

El Departamento de Educación de Delaware exige a las escuelas que determinen el/los idioma(s) que los estudiantes hablan en el hogar. La información proporcionada solo será utilizada para decidir si el estudiante reúne los requisitos para comenzar el proceso de adquisición del inglés como segunda lengua y no será utilizada para temas relacionados con la inmigración ni se informará a las autoridades migratorias.

Información sobre el estudiante			
Nombre:		País de origen:	
Apellido:		Fecha de ingreso en EE. UU.:	
Fecha de nacimiento:		Fecha en la que el estudiante se inscribió por primera vez en una escuela de EE. UU.:	

Haga un círculo en los grados a los que su hijo asistió en escuelas de EE. UU.

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

¿Durante cuántos meses el estudiante ha estado inscrito en una escuela de EE. UU? _____

1. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo?

Idioma: _____

Dialecto: _____

2. ¿Cuál es el idioma que su hijo usa con mayor frecuencia en el hogar?

Idioma: _____

Dialecto: _____

3. ¿Cuál es el idioma que usted utiliza con más frecuencia para hablar con su hijo?

Idioma: _____

Dialecto: _____

4. ¿Qué idioma (s) aparte del inglés se hablan en su casa?

Idioma: _____

Dialecto: _____

5. ¿Con qué idioma preferiría recibir información de la escuela?

Idioma: _____

Dialecto: _____

Nombre del padre

Firma del padre

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 guardian and kept in the student's file. (If a language other than English or Non-US English is listed on questions 1-3, the LEA must continue with a records review, step 2 of the English learner identification process.)



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE
DELAWARE
TÍTULO I, PARTE C
Encuesta de Trabajo Agrícola

English/Spanish

Fecha: _____

Estimado Padre/Madre o Adulto responsable del estudiante,

Para ayudar mejor a su hijo/a, _____, nuestro DISTRITO: _____
y nuestra ESCUELA: _____ asisten a El Departamento de Educación de Delaware a
identificar los estudiantes que califican para ayuda académica y apoyo adicional. Su respuesta permanecerá confidencial
y será usada solo para planear servicios. Favor de llenar este formulario y devolverlo a la escuela de su hijo/a.

1. ¿En los últimos 3 años, su familia se ha cambiado de: a) un *distrito escolar* a otro; b) un estado a otro; c) otro país a
Estados Unidos?

_____ SÍ _____ NO

Si es "NO", no complete el resto de esta encuesta. Si es "SI", por favor continúe.

2. ¿El motivo de este cambio ha sido por **buscar o aceptar** un empleo en una actividad agrícola o de pesca, o en alguna
de las actividades enlistadas abajo? Conteste aunque tenga otro tipo de trabajo actualmente.

_____ SÍ _____ NO

Si es "SI", por favor marque todo lo que corresponda si usted, su esposo/a u otro miembro del hogar ha trabajado
en/con:

Granja	Rastro/ Carnicería	Cultivar Césped	Invernadero
Lechería	Procesar carne/pescado	Empacar carne/alimentos	Plantar y cultivar árboles
Rancho	Cultivo de Arándanos	Granja de Hongos	Procesar alimentos
Enlatadora	Jugo Fresco/Congelado	Plantar, pizar o empacar	Procesar limento para mascotas
Gallineros	Pescado y Marisco	frutas, vegetales, semillas, o	Desyerbar o preparar el terreno
Planta de Pollo/Pollera	Frutas secas/especias	nueces	para plantar

Favor de anotar otro trabajo/actividad agrícola o de pesca que usted, su esposo/a u otro miembro del hogar haya
realizado:

Anote todos los niños y jóvenes entre **3-21 años de edad** en el hogar, incluyendo los que no asisten a la escuela:

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Edad	Grado	Escuela

Padre/Madre o Adulto responsable del estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Zip _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Hora: _____ AM/PM

DISTRICTS: The ORIGINAL document must be submitted to the Delaware Department of Education **Migrant Education Program Office**
within 10 days of the student's enrollment by **State Mail Code N510** or by U.S. Postal Service to **35 Commerce Way, Suite 1, Dover, DE
19904**. A COPY of this form must be retained in the student's file to document compliance with the Title I, Part C federal program
requirements.



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE JÓVENES CONECTADOS CON EL SERVICIO MILITAR 2026 – 2027

A partir del año escolar 2016 – 2017, todas las escuelas públicas de Delaware están obligadas a identificar todos los años a los estudiantes inscriptos que son “jóvenes conectados con el servicio militar” según el **Código Administrativo de DE**, Título 14, 932, 14 **Del.C.** Capítulo 1, §122 (b)(28), 10 U.S.C. §101(d) (2014), y la ley reautorizada Every Student Succeeds (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq. para poder brindar a su estudiante recursos y servicios adicionales si es necesario.

Lea las siguientes afirmaciones y marque la casilla correspondiente a continuación.

- Este formulario debe completarlo todos los años un padre, madre, padrastro o madrastra.
- Si su estudiante no es un “joven conectado con el servicio militar”, marque la tercera casilla, “No corresponde”.

MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES:

☐

“Servicio activo” **FEDERAL** – Soy padre, madre, padrastro o madrastra y soy miembro en “servicio activo” de las Fuerzas Armadas (Ejército de Estados Unidos, Marina de Guerra de Estados Unidos, Fuerza Aérea de Estados Unidos, Cuerpo de Infantes de Marina de Estados Unidos o Guardia Costera de Estados Unidos) según 10 U.S.C. §101(d) (2014), y la ley reautorizada Every Student Succeeds (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq.

☐

“Servicio activo / Jubilado/a reciente / Reserva / Se identifica como veterano/a con discapacidad / Fallecido/a en acción” **ESTATALES** según el **Código Administrativo de DE**, Título 14, 932, 14 **Del.C.** Capítulo 1, §122 (b)(28), 10 U.S.C. §101(d) (2014).

- Soy padre, madre, padrastro o madrastra y miembro en servicio activo de la Guardia Nacional, la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica o Servicio de Salud Pública de Estados Unidos.
- Soy padre, madre, padrastro o madrastra o hay otro pariente directo como un hermano/a u otro **que resida en el mismo hogar** que presta servicios en el componente de reserva, se identifica como veterano/a con discapacidad, falleció en acción o se jubiló recientemente (dentro de los 18 meses antes del 30 de septiembre del año escolar actual) de una organización de las fuerzas armadas de Estados Unidos. Tales organizaciones son: Ejército de Estados Unidos, Fuerza Aérea de Estados Unidos, Cuerpo de Infantes de Marina de Estados Unidos, Marina de Guerra de Estados Unidos, Guardia Nacional, Guardia Costera de Estados Unidos, Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica o Servicio de Salud Pública de Estados Unidos.
- Hay un pariente directo, que incluye hermanos/as o cualquier persona **que resida en el mismo hogar** que es miembro en servicio activo del Ejército de Estados Unidos, Fuerza Aérea de Estados Unidos, Cuerpo de Infantes de Marina de Estados Unidos, Marina de Guerra de Estados Unidos, Guardia Nacional, Guardia Costera de Estados Unidos, Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica o Servicio de Salud Pública de Estados Unidos.

☐

NO CORRESPONDE

Nombre del/la estudiante: _____

Grado: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre del maestro/a principal: _____

Devuelva este formulario al maestro/a principal de su estudiante antes del lunes 21 de septiembre de 2026.



Delaware
Department of Education

Kindergarten Registration Questionnaire

1. ¿Asistió su hijo a un programa preescolar o de cuidado infantil en Delaware el año pasado?

Círcule: Sí / No

2. En caso afirmativo, ¿en qué país asistió su hijo al programa?

Círcule: Condado de New Castle / Kent Country / Condado de Sussex

3. En caso afirmativo, ¿cuál era el nombre del programa?
-

DISTRITO ESCOLAR CONSOLIDADO RED CLAY

PEDIDO DE TRANSPORTE DESDE/A UNA GUARDERÍA

Nombre del alumno(a) _____ Fecha _____
Apellido Nombre de pila

Nº de identificación del alumno(a) _____ Escuela _____ Grado _____

Domicilio _____ Kindergarten Turno mañana ☐ Turno tarde ☐

Reparto _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Tél. particular _____ Tel. laboral _____ Pager _____ Celular _____

Contacto en caso de emergencia _____ Teléfono _____

Cuidado antes del horario escolar: ☐ Hogar ☐ Otro

Nombre del prestador del servicio _____

Dirección _____

Reparto _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Cuidado después del horario escolar: ☐ Hogar ☐ Otro ☐ Igual que el anterior

Nombre del prestador del servicio _____

Dirección _____

Reparto _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Padre/madre/tutor *(por favor escribir con letra de imprenta)* _____

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha _____

DELAWARE STUDENT HEALTH FORM – CHILDREN

PreK- Grade 6

To be completed by licensed healthcare provider:

Physician (MD or DO), Clinical Nurse Specialist (APN), Advanced Practice Nurse (APN), or Physician's Assistant (PA)

To Parent or Guardian:

In order to provide the best educational experience, school personnel must understand your child's health needs. This form requests information from you (Part I) and your health care provider (Parts I, II, and III). All students in Delaware public schools must provide documentation of current immunizations. Additionally, a current (within 2 years) health examination is required upon school entry.

Talk with your health care provider about important issues¹ regarding your child, such as:

- ☐ **School** (readiness or adaptation, after school, parent-teacher communication, maturity, performance, special services)
- ☐ **Mental and Physical Activity** (healthy weight, well-balanced diet, physical activity, limited screen time)
- ☐ **Emotional Well-Being** (family time, social interactions, self-esteem, resolving conflicts, friends)
- ☐ **Physical Growth & Development** (dental care, healthy eating, puberty)
- ☐ **Injury & Illness Prevention & Safety** (seat belt or booster seat, bicycle safety, swimming, abuse protection, guns, fire safety, supervision, sunscreen, internet, infection, disaster planning)
- ☐ **Immunizations**

Immunizations Required for Newly Enrolled Students at Delaware Schools

KINDERGARTEN²:

- ☐ **DTaP/DTP:** 4 or more doses. If the 4th dose was prior to the 4th birthday, a 5th dose is required.
- ☐ **Polio:** 3 or more doses. If the 3rd dose was prior to the 4th birthday, a 4th dose is required.
- ☐ **MMR³:** 2 doses. The 1st dose should be given on or after the 1st birthday. The 2nd dose should be given after the 4th birthday.
- ☐ **Hep B³:** 3 doses.
- ☐ **Varicella⁴:** 2 doses. The 1st dose should be given on or after the 1st birthday and the 2nd dose after the 4th birthday.

GRADES 1-6:

- ☐ **DTaP/DTP:** 4 or more doses. If the 4th dose was prior to the 4th birthday, a 5th dose is required. Students who start the series at age 7 or older only need a total of 3 doses. A booster dose of Td or Tdap is recommended by the Division of Public Health for all students at age 11 or five years after the last DTaP, DTP, or DT dose was administered –whichever is later.
- ☐ **Polio:** 3 or more doses. If the 3rd dose was prior to the 4th birthday, a 4th dose is required.
- ☐ **MMR³:** 2 doses. The 1st dose should be given on or after the 1st birthday. The 2nd dose should be given after the 4th birthday.
- ☐ **Hep B³:** 3 doses. For children 11 to 15 years old, two doses of a vaccine approved by CDC may be used.
- ☐ **Varicella⁴:** 2 doses. The 1st dose must be given on or after the 1st birthday and the 2nd dose after the 4th birthday.

Immunizations Strongly Recommended by the Delaware Division of Public Health

- ☐ **Influenza (seasonal) vaccine:** each year for all children (6 months and up).
- ☐ **Tetanus-Diphtheria-Pertussis (Tdap):** booster at age 11 or five years after the last dose
- ☐ **Meningococcal (MCV4):** all children at 11 or 12 years, and a booster does at age 16
- ☐ **Human papillomavirus vaccine (HPV):** all girls and boys (ages 11 or 12)
- ☐ **Pneumococcal vaccine (PCV13):** children with specific risk factors
- ☐ **Pneumococcal vaccine (PPSV):** certain high risk groups
- ☐ **Hepatitis A:** unvaccinated children who are or will be at increased risk

¹ Clinicians refer to Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents, (3rd ed.) AAP, 2008

² Children who enter school prior to age four shall follow current Delaware Division of Public Health recommendations.

³ Disease histories for measles, rubella, mumps and Hepatitis B will not be accepted unless serologically confirmed

⁴ Varicella disease history must be verified by a health care provider to be exempted from vaccination.

PART I - HEALTH HISTORY

To be completed by parent/guardian prior to exam
The healthcare provider should review and provide comments in the last column.

Name: _____

Gender: _____ DOB: _____

Date: _____

Examiner: _____

	PARENT		HEALTHCARE PROVIDER COMMENT
	Yes	No	
Developmental delay (speech, ambulation, other)?			
Serious injury or illness?			
Medication?			
Hospitalizations?			
When? What for?			
Surgery? (List all)			
When? What for?			
Ear/Hearing problems?			
Heart problems/Shortness of breath?	Yes	No	
Heart murmur/High blood pressure?	Yes	No	
Dizziness or chest pain with exercise?	Yes	No	
Allergies (food, insect, other)?	Yes	No	
Family history of sudden death before age 50?	Yes	No	
Child wakes during the night coughing?	Yes	No	
Diagnosis of asthma?	Yes	No	
Blood disorders (hemophilia, sickle cell, other)?	Yes	No	
Excessive weight gain or loss?	Yes	No	
Diabetes?	Yes	No	
Loss of function of one or paired organs (eye, ear, kidney, testicle)?			
Seizures?	Yes	No	
Head injuries/Concussion/Passed out?	Yes	No	
Muscle, Bone, or Joint problem/Injury/Scoliosis?	Yes	No	
ADHD/ADD?	Yes	No	
Behavior concerns?	Yes	No	
Eye/Vision concerns?	Yes	No	
☐ Glasses ☐ Contacts			
☐ Other _____			
Dental concerns?	Yes	No	
☐ Braces ☐ Bridge ☐ Plate ☐ Other?			
Date of exam _____			
Other diagnoses?	Yes	No	
Does your child have health insurance?	Yes	No	
Does your child have dental insurance	Yes	No	
Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.			
Parent/Guardian	Date		
Signature			

PART II – IMMUNIZATIONS

Entire section below to be completed by MD/DO/APN/NP/PA
 Printed VAR form may be attached in lieu of completion

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:

Child is fully immunized per DPH/CDC recommendations (refer to cover page) ☐ Yes ☐ No

PART III – SCREENING & TESTING

Entire section below to be completed by MD/DO/APN/NP/PA

Screen	Height: _____ (inches) Weight: _____ (pounds) BMI: _____ BMI Percentile: _____ BP: _____ Pulse: _____ Other: _____
Dental Screen	☐ Problem Identified: Referred for treatment ☐ No Problem: Referred for prevention ☐ No Referral: Already receiving dental care
Tuberculosis Screen	All new enterers must have TB test <u>or</u> TB Risk Assessment, which must be done within 12 months <u>prior</u> to school entry. Risk Assessment: _____ Date _____ Results: ☐ Test Required ☐ Test Not Required Mantoux Skin Test: _____ Date _____ Results: _____ MM Other: (type) _____ Date _____ Results: _____ MM
Lead Test	Blood lead test required for children age 6 months through 6 years Date: _____ Results: _____
Other Screen	Hearing: Type: _____ Date: _____ Results: _____ Referral: ☐ No ☐ Yes _____ Date _____ Vision: Type: _____ Date: _____ Results: _____ Referral: ☐ No ☐ Yes _____ Date _____ Other: Type: _____ Date: _____ Results: _____ Referral: ☐ No ☐ Yes _____ Date _____

PART IV – COMPREHENSIVE EXAM*Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA*

PHYSICAL EXAMINATION	Check (✓)		REFERRAL	HEALTHCARE PROVIDER COMMENT
	NORMAL	ABNORMAL		
General Appearance				
Skin				
Eyes				
Ears				
Nose/Throat				
Mouth/Dental				
Cardiovascular				
Respiratory				
Thyroid				
Gastrointestinal				
Genito-Urinary				
Neurological				
Musculoskeletal				
Spinal examination				
Nutritional status				
Mental health status				

FOR CHRONIC & LIFE THREATENING CONDITIONS:

Children with life-threatening conditions need an emergency care plan for school.

Please attach care plan, protocols, and/or emergency care plan.

Recommendations or Referrals: _____

DIAGNOSIS	EMERGENCY PLAN ATTACHED		CARE PLAN OR PRESCRIPTION PLAN ATTACHED	
	YES	NO	YES	NO

Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

☐ Physician (MD or DO) ☐ Clinical Nurse Specialist (APN) ☐ Advanced Practice Nurse (APN) ☐ Physician Assistant (PA)

Address: _____ Phone: _____

DELAWARE STUDENT HEALTH FORM – ADOLESCENT Grades 7-12

To be completed by licensed healthcare provider:

Physician (MD or DO), Clinical Nurse Specialist (APN), Advanced Practice Nurse (APN), or Physician's Assistant (PA)

To Parent or Guardian:

In order to provide the best educational experience, school personnel must understand your child's health needs. This form requests information from you (Part I) and your health care provider (Parts I, II and III). All students in Delaware public schools must provide documentation of current immunizations. Beginning in August 2016, students entering Grade 9 must have had an adolescent booster dose of Tdap and one dose of meningococcal vaccine. Additionally, a current (within 2 years) health examination is required upon school entry and prior to Grade 9.

Talk with your health care provider about important issues¹ regarding your child, such as:

- ☐ **Physical Growth and Development** (physical and oral health; body image; healthy eating; physical activity)
- ☐ **Social and Academic Competence** (connectedness with family, peers, school, and community; interpersonal relationships; school performance)
- ☐ **Emotional Well-Being** (coping; mood regulation and mental health; self-esteem; sexuality)
- ☐ **Risk Reduction & Safety** (tobacco; alcohol or other drugs; pregnancy; STIs; infection; disaster planning)
- ☐ **Violence & Injury Prevention** (safety belt and helmet use; substance abuse and riding in a vehicle; abuse protection; guns; interpersonal violence [fights/dating violence]; bullying)
- ☐ **Immunizations**

Immunizations Required for Newly Enrolled Students at Delaware Schools

GRADES 7-12:

- ☐ **DTaP/DTP, Td/Tdap:** Completion of the primary series plus an adolescent booster dose of Tdap administered at age 11-12 or prior to entry into Grade 9.
- ☐ **Polio:** 3 or more doses. If the 3rd dose was prior to the 4th birthday, a 4th dose is required.
- ☐ **MMR²:** 2 doses. The 1st dose should be given on or after the 1st birthday. The 2nd dose should be given after the 4th birthday.
- ☐ **Hep B³:** 3 doses. For children 11 to 15 years old, two doses of a vaccine approved by CDC may be used.
- ☐ **Varicella³:** 2 doses. The 1st dose must be given on or after the 1st birthday.
- ☐ **Meningococcal:** 1 dose is required for entry into Grade 9. A second dose is recommended by the Division of Public Health for all adolescents.

Immunizations Strongly Recommended by the Delaware Division of Public Health

- ☐ **Influenza (seasonal) vaccine:** *each year* for all children (6 months and up).
- ☐ **Human papillomavirus vaccine (HPV):** all girls and boys (ages 11 or 12)
- ☐ **Pneumococcal vaccine (PCV13):** children with specific risk factors
- ☐ **Pneumococcal vaccine (PPSV):** certain high risk groups
- ☐ **Hepatitis A:** unvaccinated children who are or will be at increased risk

¹Clinicians refer to: Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents, (3rd Ed.) AAP, 2008

²Disease histories for measles, rubella, mumps and Hepatitis B will not be accepted unless serologically confirmed.

³Varicella disease history must be verified by a health care provider to be exempted from vaccination.

⁴A new school enterer is a child entering a Delaware school district for the first time.

PART I - HEALTH HISTORY

*To be completed by parent/guardian prior to exam
The healthcare provider should review and provide comments in the last column.*

Name: _____

Gender: _____ DOB: _____

Date: _____

Examiner: _____

	PARENT		HEALTHCARE PROVIDER COMMENT
	Yes	No	
Developmental delay (speech, ambulation, other)?			
Serious injury or illness?			
Medication?			
Hospitalizations?			
When? What for?			
Surgery? (List all)			
When? What for?			
Ear/Hearing problems?			
Heart problems/Shortness of breath?	Yes	No	
Heart murmur/High blood pressure?	Yes	No	
Dizziness or chest pain with exercise?	Yes	No	
Allergies (food, insect, other)?	Yes	No	
Family history of sudden death before age 50?	Yes	No	
Child wakes during the night coughing?	Yes	No	
Diagnosis of asthma?	Yes	No	
Blood disorders (hemophilia, sickle cell, other)?	Yes	No	
Excessive weight gain or loss?	Yes	No	
Diabetes?	Yes	No	
Loss of function of one or paired organs (eye, ear, kidney, testicle)?			
Seizures?	Yes	No	
Head injuries/Concussion/Passed out?	Yes	No	
Muscle, Bone, or Joint problem/Injury/Scoliosis?	Yes	No	
ADHD/ADD?	Yes	No	
Behavior concerns?	Yes	No	
Eye/Vision concerns?			
☐ Glasses ☐ Contacts			
☐ Other _____			
Dental concerns?	Yes	No	
☐ Braces ☐ Bridge ☐ Plate ☐ Other?			
Date of exam _____			
Other diagnoses?	Yes	No	
Does your child have health insurance?	Yes	No	
Does your child have dental insurance?	Yes	No	

Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.

Parent/Guardian

Date

Signature

PART II IMMUNIZATIONS

Entire section below to be completed by MD/DO/APN/NP/PA
Printed VAR form may be attached in lieu of completion.

Immunizations – Shaded Vaccines Required. Regulation 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:

Child is fully immunized per DPH/CDC recommendations (refer to cover page) ☐ Yes ☐ No

PART III – SCREENING & TESTING

Entire section below to be completed by MD/DO/APN/NP/PA

Screen	Height: _____ Weight: _____ BMI: _____ BMI Percentile: _____ BP: _____ Pulse: _____ Other: _____ (inches) (pounds)			
Dental Screen	☐ Problem Identified: Referred for treatment ☐ No Problem: Referred for prevention ☐ No Referral: Already receiving dental care			
Tuberculosis Screen	All new enterers must have TB test <u>or</u> TB Risk Assessment, which must be done within 12 months <u>prior</u> to school entry. Risk Assessment: _____ Date _____ Results: ☐ Test Required ☐ Test Not Required Mantoux Skin Test: _____ Date _____ Results: _____ MM Other: (type) _____ Date _____ Results: _____ MM			
Other Screen	Hearing: Type: _____ Date: _____ Results: _____ Referral: ☐ No ☐ Yes _____ _____ Date Vision: Type: _____ Date: _____ Results: _____ Referral: ☐ No ☐ Yes _____ _____ Date Other: Type: _____ Date: _____ Results: _____ Referral: ☐ No ☐ Yes _____ _____ Date			

CHILD'S NAME _____

PART IV – COMPREHENSIVE EXAM

Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA

PHYSICAL EXAMINATION	Check (✓)		HEALTHCARE PROVIDER COMMENT
	NORMAL	ABNORMAL	
General Appearance			
Skin			
Eyes			
Ears			
Nose/Throat			
Mouth/Dental			
Cardiovascular			
Respiratory			
Endocrine			
Gastrointestinal			
Genito-Urinary			
Neurological			
Musculoskeletal			
Spinal examination			
Nutritional status			
Mental health status			

FOR CHRONIC & LIFE THREATENING CONDITIONS:

Children with life-threatening conditions need an emergency care plan for school.

Please attach care plan, protocols, and/or emergency care plan.

Recommendations or Referrals: _____

DIAGNOSIS	EMERGENCY PLAN ATTACHED		CARE PLAN OR PRESCRIPTION PLAN ATTACHED	
	YES	NO	YES	NO

Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

☐ Physician (MD or DO) ☐ Clinical Nurse Specialist (APN) ☐ Advanced Practice Nurse (APN) ☐ Physician Assistant (PA)

Address: _____ Phone: _____