



**TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE PAQUETE DEBEN LLENARSE COMPLETAMENTE.**

**REQUERIDO AL MOMENTO DEL REGISTRO**

- DEBES completar la preinscripción en línea en [lindenps.org/central-registration](https://lindenps.org/central-registration) o escaneando el código QR**



**\*\* Estos documentos son necesarios en el momento de la inscripción, independientemente de que hayas realizado la preinscripción en línea. \*\***

- Certificado de nacimiento o pasaporte original**

*\* UN PADRE LEGAL DEBE ESTAR PRESENTE AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN. Si la persona que registra al estudiante no es el padre legal, Se debe proporcionar prueba de custodia en ese momento. \**

Si es aplicable:  Prueba de custodia (*Orden judicial, sentencia o poder notarial*)

**Las cartas notariadas no son aceptables como prueba de custodia.**

**En esta situación, se requerirá una declaración jurada que deberá completarse antes del registro.**

- Identificación con foto del padre/tutor**

- Prueba de residencia de "6 puntos" (ver página 2)**

Si es aplicable:  Declaración jurada (*completado con un oficial de asistencia*)

- Registro de inmunización/vacunación \* SI NO ESTÁ EN INGLÉS DEBE SER TRADUCIDO POR UN MÉDICO \***

- OBLIGATORIO SI EL ESTUDIANTE VIENE DE OTRA ESCUELA PÚBLICA DE NJ:**

**Transferir Tarjeta/Formulario/Papeles Si corresponde: puntajes WIDA/ACCESS/ELL)**

- OBLIGATORIO SI EL ESTUDIANTE VIENE DE UNA ESCUELA PRIVADA O FUERA DE NJ:**

**Boletín de calificaciones y/o expediente académico más reciente**

Si es aplicable:  Copia del IEP actual o 504

**La inscripción es SÓLO CON CITA PREVIA, disponible en las siguientes fechas y horarios:**



<b>Lunes</b>	8:00 AM – 11:30 AM; 1:00 – 2:30 PM
<b>Martes</b>	8:00 AM – 11:30 AM; 1:00 – 2:30 PM
<b>Miercoles</b>	8:00 AM – 11:30 AM
<b>Jueves</b>	8:00 AM – 11:30 AM; 1:00 – 2:30 PM
<b>Viernes</b>	8:00 AM – 11:30 AM; 1:00 – 2:30 PM



**Tenga en cuenta:** estos horarios están sujetos a cambios sin previo aviso. La oficina central de registro sigue el calendario de las Escuelas Públicas de Linden para días festivos y cierres. **Durante el horario de verano, la oficina está cerrada de viernes a agosto y el horario puede variar ligeramente.** Por favor llame para obtener más información.

[Revisado 6/27/2024]

## Linden Public Schools "6 Points" for Proof of Residency

---

Según N.J.A.C 6A: 22-3.4 y la Política 5111 de las Escuelas Públicas de Linden, los padres / tutores legales que inscriben a los estudiantes en las Escuelas Públicas de Linden deben proporcionar prueba de residencia. Las Escuelas Públicas de Linden utilizan un sistema de 6 puntos para cumplir con este requisito.

En el momento de la inscripción, los padres / tutores legales deben proporcionar:

- Hipoteca, escritura, factura de impuestos sobre la propiedad o documentos de cierre contrato de venta [3 puntos]**

O

- Copia completa del contrato de arrendamiento o arrendamiento [1 punto]**

*En caso de que no se pueda proporcionar uno de los documentos anteriores, se requerirá una declaración jurada de residencia. Las declaraciones juradas solo se pueden recoger en persona en la oficina de registro central.*

La documentación restante puede ser cualquier combinación de los documentos a continuación, siempre que el valor en puntos totalice 6 puntos. Todos los documentos deben estar fechados dentro de los 30 días posteriores al momento del registro:

<input type="checkbox"/> Factura de gas [2 puntos]	<input type="checkbox"/> Factura de agua [2 puntos]	<input type="checkbox"/> Factura de electricidad [2 puntos]
<input type="checkbox"/> Recibo de pago [2 puntos]	<input type="checkbox"/> Factura de cable [2 puntos]	<input type="checkbox"/> Registro de automóvil [2 puntos]
<input type="checkbox"/> Seguro de automóvil [2 puntos]	<input type="checkbox"/> Correo del gobierno [2 puntos]	<input type="checkbox"/> Extracto bancario [1 punto]
<input type="checkbox"/> Factura del teléfono celular [1 punto]	<input type="checkbox"/> Factura de tarjeta de crédito [1 punto]	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir / identificación estatal de NJ [1 punto]
<input type="checkbox"/> Carta del médico, abogado o tribunal [1 punto]		

**Tenga en cuenta que todos los solicitantes deben residir físicamente en Linden, además de proporcionar prueba de residencia. El distrito se reserva el derecho de investigar la residencia de todos los estudiantes. Si el distrito descubre que un estudiante no es residente de Linden, el distrito puede evaluar al padre / tutor el costo total de la matrícula por cualquier período de asistencia no elegible.**

---

**Al firmar esto, declara que comprende este requisito y acepta proporcionar la documentación requerida.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



**LINDEN PUBLIC SCHOOLS**  
RESPECT FOR DIVERSITY - EXCELLENCE IN EDUCATION - COMMITMENT TO SERVICE  
**CENTRAL REGISTRATION**

[OFFICE USE ONLY]

\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
REGISTRATION DATE

**NOMBRE DE LA ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_ **ID:** \_\_\_\_\_  
(PRIMER NOMBRE) (APELLIDO) SOLO USO DE OFICINA

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ **PAÍS DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE INGRESO A EE. UU.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**SEXO AL NACIMIENTO:**  HOMBRE  MUJER | **GÉNERO PREFERIDO:**  HOMBRE  MUJER  NO BINARIO  PREFIERO NO RESPONDER

**PRONOMBRES PREFERIDOS:**  EL |  ELLA |  ELLOS |  OTRO: \_\_\_\_\_  PREFIERO NO RESPONDER

**Idioma/s hablado/s en casa:**  Inglés  Español |  Ucranio  Criollo  Portugués  Polaco  Georgiano  Árábica

Otro (Por favor especifica): \_\_\_\_\_

**SOLO PUEDE CONSULTAR UN IDIOMA DOMINANTE**

**Idioma Dominante del Estudiante:**  Inglés  Español |  Ucranio  Criollo  Portugués  Polaco  Georgiano  Árábica

Otro (Por favor especifica): \_\_\_\_\_

¿SU ESTUDIANTE HA ASISTIDO A LA ESCUELA ANTES?  **SÍ**  **NO**, ESTA ES LA PRIMERA VEZ DE MI ESTUDIANTE EN LA ESCUELA EN LOS EE. UU.

SI ES **SÍ**, ¿DÓNDE FUE LA ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ SU ESTUDIANTE? \_\_\_\_\_

¿ALGUNA VEZ SE INSCRIBIERON O ASISTIERON ALGUNA CLASE O PROGRAMA DE ESCUELA PÚBLICA EN LINDEN, NJ?  **SÍ**  **NO**

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**CUSTODIO 1**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **IDIOMA PREFERIDO:** \_\_\_\_\_

MADRE  PADRE  TUTOR LEGAL APROBADO POR EL TRIBUNAL CON DOCUMENTACIÓN OFICIAL

OTRO (DEBE PROPORCIONAR UNA DECLARACIÓN JURADA DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE LINDEN): \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (REQUERIDO):** \_\_\_\_\_

**CUSTODIO 2 (SI ES APLICABLE)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **IDIOMA PREFERIDO:** \_\_\_\_\_

MADRE  PADRE  TUTOR LEGAL APROBADO POR EL TRIBUNAL CON DOCUMENTACIÓN OFICIAL

**NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO:** \_\_\_\_\_

¿ESTE TUTOR RESIDE EN LA DIRECCIÓN ANTERIOR?  **SÍ**  **NO** | SI **NO**, POR FAVOR PROPORCIONE LA DIRECCIÓN A CONTINUACIÓN: \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA (NO MENCIONADO COMO TUTOR 1 O 2 ANTERIOR)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN:**  MADRE  PADRE  PADRASTRO  ABUELO/A  TIA  TIO  PRIMO  AMIGO  HERMANO/A

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN:**  MADRE  PADRE  PADRASTRO  ABUELO/A  TIA  TIO  PRIMO  AMIGO  HERMANO/A

# LINDEN PUBLIC SCHOOLS

Special Education Department  
170 Husa St. Linden, NJ 07036

Atiya Y. Perkins  
Superintendent



Dr. Marie Stefanick  
Director of Special Education  
Phone: 908-587-3285

SCHOOL: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_

## SE REQUIERE COMPLETAR ESTA PÁGINA PARA TODOS LOS GRADOS.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ (PRIMERO NOMBRE) \_\_\_\_\_ (APELLIDO) FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MES DIA AÑO

NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA/TUTOR: \_\_\_\_\_ (PRIMERO NOMBRE) \_\_\_\_\_ (APELLIDO)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

### ¿El estudiante mencionado anteriormente ha recibido algún servicio especial y/o servicios relacionados, es decir?:

- |  | SÍ                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Servicios de habla y lenguaje en la escuela anterior (no ESL): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Clases de educación especial como:                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o Centro de recursos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o Soporte en clase   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o Clases académicas autónomas                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o Colocación en escuela alternativa                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o Transporte Especial  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ¿Tiene su estudiante un <b>IEP</b> ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o <b>En caso afirmativo</b> , ¿tiene usted una copia del IEP?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ¿Tiene un plan 504 para su estudiante?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Distrito escolar anterior: \_\_\_\_\_ Último día de asistencia: \_\_\_\_\_  
Antes de la escuela: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales del padre/tutor:

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

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

\_\_\_\_\_  
[SÓLO PARA USO DE OFICINA] Entry Date Into Linden

Please send this form with student IEP to: Special Education Department  
Att: Dr. Marie Stefanick mstefanick@lindenps.org



# LINDEN PUBLIC SCHOOLS

RESPECT FOR DIVERSITY - EXCELLENCE IN EDUCATION - COMMITMENT TO SERVICE

Office of Central Registration

## REQUEST FOR RELEASE OF STUDENT RECORDS - **POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES AMARILLAS**

### SCHOOL REQUESTING RECORDS: [FOR OFFICE USE ONLY]

1  | 2  | 4  | 5  | 6  | 8  | 9  | 10

Soehl Middle School  | McManus Middle School  | Linden High School

Special Services Department  | Central Registration

ADDRESS: \_\_\_\_\_ Linden, NJ 07036

PHONE NUMBER: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

**Este formulario autoriza a las Escuelas Públicas de Linden a solicitar registros de la escuela a la que asistió anteriormente el estudiante.**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL ESTUDIANTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE NACIMIENTO**

To assist us in our evaluation and placement of this student, please forward all student records and pertinent information, including the following:

- Complete official transcript, including grades for this year up to date of withdrawal
- Complete attendance records
- Complete discipline records
- A-45; Complete health records, including immunization records
- Standardized test results, including required state tests and other achievement and intelligence tests (WIDA/ACCESS/ELL Scores PARCC, NJASK, HSPA/GEPA, etc.)
- IEP Records
- Other: \_\_\_\_\_

### **DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN Y FIRMA**

Yo autorizo \_\_\_\_\_, **Teléfono #:** \_\_\_\_\_  
*(Nombre de la escuela antes de las Escuelas Públicas de Linden)*

para divulgar la información especificada anteriormente a las Escuelas Públicas de Linden, Registro Central.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la madre/padre /tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



## Inventario de Deteccion – Questionario de los Padres

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F (escoja uno)

### **HISTORIAL MÉDICO - NACIMIENTO**

¿Hubo problemas significativos durante el embarazo?  Sí  No

Si, por favor explique:

---

---

---

¿Fue su hijo/a prematuro más de 3 semanas?  Sí  No

Si, ¿cuántas semanas? \_\_\_\_\_

Peso del bebé al nacer: \_\_\_\_\_

¿Tuvo que quedarse el bebé en el hospital más tiempo que la mamá?  Sí  No

Si, por favor explique:

---

---

---

En el momento del nacimiento, - ¿tuvo el bebé convulsiones?  Sí  No

¿se puso azul?  Sí  No

### **Salud del Menor desde Nacimiento – VISTA**

¿Ha tenido su hijo alguna vez dificultad para ver?  Sí  No

¿Pone su hijo/a libros y objetos cerca de su cara?  Sí  No

¿Ha notado alguna vez que su hijo/a cruza los ojos?  Sí  No

¿Ha sospechado alguna vez que su hijo/a tiene problemas en la vista?  Sí  No

Si, por favor explique:

---

---

---

**OÍDOS**

¿Ha tenido su hijo/a frecuentes infecciones de oído?

Sí

No

¿Ha tenido su hijo/a dificultad oyendo?

Sí

No

¿Ha sospechado alguna vez que su hijo/a tiene problemas de oído?

Sí

No

Si, por favor explique:

---

---

---

---

**COORDINACIÓN**

¿Ha tenido su hijo/a alguna vez dificultad caminando, subiendo, estirándose para agarrar algo, sujetándose a algo? Si, por

Sí

No

favor explique:

---

---

---

---

¿Ha tenido su hijo/a alguna vez heridas graves o ha sido hospitalizado?

Sí

No

Si, por favor explique:

---

---

---

---

¿Tiene su hijo/a alguna alergia?

Sí

No

Si, por favor explique:

---

---

---

---

¿Está su hijo/a tomando algún medicamento en estos momentos?  Sí

No

Si, por favor explique:

---

---

---

---

Por favor describa cualquier otro problema médico:

---

---

---

---

**DESARROLLO DEL MENOR**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Puede su hijo/a: Comer solo/a utilizando un tenedor y/o cuchara? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Lavarse y secarse las manos solo?                                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Ayudar a vestirse o vestirse solo/a con poca ayuda?               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Quedarse con una niñera?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Hablar para que otros puedan entenderlo/a?                        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Expresar sus pensamientos y necesidades con facilidad?            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Jugar con otros niños?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

¿Tiene alguna preocupación con respecto al apetito de su hijo/a o su interés de probar comidas diferentes? Si es afirmativo, por favor explique:

---

---

---

---

¿Tiene alguna preocupación relacionada con el comportamiento de su hijo/a? Si, por favor explique:

---

---

---

---

¿Ha aprendido su hijo/a a ir al baño?  Sí  No

No, por favor explique:

---

---

---

---

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

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





**HISTORIAL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

FECHA MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

(Por Favor Imprima)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Apellido del menor    Nombre    Fecha Nacimiento

¿Ha asistido el menor alguna vez a las Escuelas Públicas de Linden? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No

\_\_\_\_\_  
Dirección (Número, Calle, Ciudad, Código Postal)

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_  
Trabajo \_\_\_\_\_  
Celular \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_  
Nombre    Edad

Teléfono Emergencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián (Padre)

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián (Madre)

**¿Tiene su hijo/a: (Por favor ponga un círculo a Si o No)**

Catarros Frecuentes	Si / No	Tos crónica	Si / No	Dificultad enfocándose/ concentrándose Si/No
Bronquitis	Si / No	Pérdida de oído	Si / No	
Irritación de garganta frecuente	Si / No	Mala postura	Si / No	
Dificultad del habla	Si / No	Problemas emocionales	Si / No	
Dolor de oídos/descarga	Si / No	Pérdida de la vista	Si / No	
Malos hábitos de comida	Si / No	Herida en el ojo	Si / No	
Malos hábitos de dormir	Si / No	Enfermedad del ojo	Si / No	
Dificultad para dormir	Si / No	Gafas de prescripción	Si / No	

**Desarrollo:** Edad a la que Caminó \_\_\_\_\_ Edad a la que habló \_\_\_\_\_

**Historial Familiar: (Por favor ponga un círculo la que aplique)**

Tuberculosis	Enfermedad en el Riñón	Asma	Cáncer
Diabetes	Enfermedad del Corazón	Sordera	Alergias

**Tiene su hijo/a historial de: (Por favor ponga un círculo a la que corresponda y de fechas)**

<b>Alergia *****</b>	Enuresis (moja la cama)	Mononucleosis	Tonsilitis	Operaciones: Apendicitis _____
Asma	Problemas de corazón	Neumonía	Tuberculosis	Hernia _____
Desorden de Deficiencia de Atención	Hepatitis	Fiebre Reumática		Amígdalas _____
Varicela	Hernia	Fiebre Escarlatina		Operación de oído _____
Diabetes	Fiebre Alta	Convulsiones		Otra _____

\*\*\*\*\***Alergia a:** Medicina \_\_\_\_\_, Comida \_\_\_\_\_, Estacional \_\_\_\_\_, Otro \_\_\_\_\_

Está Tomando Medicina Ahora \_\_\_\_\_ Si, ¿lo qué y por qué? \_\_\_\_\_

Hospitalización \_\_\_\_\_ Si, ¿lo qué y por qué? \_\_\_\_\_

Por favor escriba otras enfermedades, accidentes, problemas o pruebas médicas. \_\_\_\_\_

**Doy consentimiento para que la información médica de mi hijo/a sea compartida, cuando sea necesario, con el personal de la escuela para asegurar el cuidado y tratamiento mientras mi hijo/a está en la escuela y/o participa en actividades escolares.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



# LINDEN PUBLIC SCHOOLS

RESPECT FOR DIVERSITY - EXCELLENCE IN EDUCATION - COMMITMENT TO SERVICE

Nombre del Alumno/a: \_\_\_\_\_

Como parte de la planificación de actividades y eventos futuros, quiero que cada experiencia sea significativa y que su hijo/a pueda participar completamente. Por ello, es muy importante para mi tener la siguiente información sobre su hijo/a:

\*Tiene su hijo/a alguna alergia a la comida?

\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SI, POR FAVOR INDIQUE: \_\_\_\_\_

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

\*Alguna otra alergia?

\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SI, POR FAVOR INDIQUE: \_\_\_\_\_

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

\*Alguna necesidad/condición especial?

\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SI, POR FAVOR INDIQUE:  
\_\_\_\_\_

\*Cualquier otra información que yo pueda necesitar y que pueda ser de ayuda?

\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SI, POR FAVOR EXPLIQUE:  
\_\_\_\_\_

Gracias por su apoyo. ENFERMERO/A

\_\_\_\_\_  
DE LA ESCUELA

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

LINDEN PUBLIC SCHOOLS DEPARTMENT OF  
MEDICAL INSPECTION ACADEMY OF SCIENCE &  
TECHNOLOGY 128 WEST ST. GEORGES  
AVENUE LINDEN, NEW JERSEY 07036

Atiya Y. Perkins  
Superintendent



J. Schulman, D.O. Chief  
Medical Inspector  
Patricia Ryan-James, R.N.  
Head School Nurse  
(908) 486-2212 ext.8460  
Fax (908) 925-8613

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Yo autorizo al Departamento Médico de la Junta Educativa de Linden, (Medical Department of the Linden Board of Education) a que distribuyan toda la información médica necesaria a los miembros apropiados de la Junta Educativa, para la salud y seguridad de mi hijo/a.

Esto está de acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) y Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

Estudiante: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

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

LINDEN PUBLIC SCHOOLS  
DEPARTMENT OF MEDICAL INSPECTION  
ACADEMY OF SCIENCE & TECHNOLOGY  
128 WEST ST. GEORGES AVENUE  
LINDEN, NEW JERSEY 07036

Atiya Y. Perkins  
Superintendent



J. Schulman, D.O.  
Chief Medical Inspector  
Patricia Ryan-James, R.N.  
Head School Nurse  
(908) 486-2212 ext.8460  
Fax (908) 925-8613

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

Estimado Padre/Guardián:

Para el año escolar 2024-2025 el departamento médico pide que incluya la información referente a si tiene o no tiene seguro médico. Por favor complete este formulario y regréselo a la escuela de su hijo/a lo antes posible.

Apellido del Menor \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a seguro médico? Por favor escoja una de la siguientes:

**Si** \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

**No** \_\_\_\_\_ NJ FamilyCare ofrece seguros gratis o de bajo costo para menores que no tienen seguro e incluso para algunos padres de bajo recursos económicos. Para más información llame al 1-800-701-0710. Ustedes pueden compartir mi nombre y dirección con el programa NJ FamilyCare para que se pongan en contacto conmigo en referencia a seguro médico.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Imprima Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Consentimiento por escrito es necesario de acuerdo a las leyes 20 U.S.C.1232g (b) (1) and 34 C.F.R. 99.30 (b).*

# UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter  
New Jersey Academy of Family Physicians  
New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)			
Child's Name (Last) <span style="float: right;">(First)</span>		Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth / /
Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier		
Parent/Guardian Name	Home Telephone Number ( ) -	Work Telephone/Cell Phone Number ( ) -	
Parent/Guardian Name	Home Telephone Number ( ) -	Work Telephone/Cell Phone Number ( ) -	
<b>I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.</b>			
Signature/Date		This form may be released to WIC. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER			
Date of Physical Examination:	Results of physical examination normal?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Abnormalities Noted:	Weight (must be taken within 30 days for WIC)		
	Height (must be taken within 30 days for WIC)		
	Head Circumference (if <2 Years)		
	Blood Pressure (if ≥3 Years)		

<b>IMMUNIZATIONS</b>	<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached <input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: _____
----------------------	---

MEDICAL CONDITIONS		
Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Medications/Treatments • List medications/treatments:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Allergies/Sensitivities • List allergies:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS					
Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

<input type="checkbox"/> <b>I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.</b>	
Name of Health Care Provider (Print)	Health Care Provider Stamp:
Signature/Date	

# Instructions for Completing the Universal Child Health Record (CH-14)

## Section 1 - Parent

Please have the parent/guardian complete the top section and sign the consent for the child care provider/school nurse to discuss any information on this form with the health care provider.

The WIC box needs to be checked only if this form is being sent to the WIC office. WIC is a supplemental nutrition program for Women, Infants and Children that provides nutritious foods, nutrition counseling, health care referrals and breast feeding support to income eligible families. For more information about WIC in your area call 1-800-328-3838.

## Section 2 - Health Care Provider

1. Please enter the date of the physical exam that is being used to complete the form. Note significant abnormalities especially if the child needs treatment for that abnormality (e.g. creams for eczema; asthma medications for wheezing etc.)

- **Weight** - Please note pounds vs. kilograms. If the form is being used for WIC, the weight must have been taken within the last 30 days.
- **Height** - Please note inches vs. centimeters. If the form is being used for WIC, the height must have been taken within the last 30 days.
- **Head Circumference** - Only enter if the child is less than 2 years.
- **Blood Pressure** - Only enter if the child is 3 years or older.

2. **Immunization** - A copy of an immunization record may be copied and attached. If you need a blank form on which to enter the immunization dates, you can request a supply of Personal Immunization Record (IMM-9) cards from the New Jersey Department of Health, Vaccine Preventable Diseases Program at 609-826-4860. The Immunization record must be attached for the form to be valid.

- "Date next immunization is due" is optional but helps child care providers to assure that children in their care are up-to-date with immunizations.

3. **Medical Conditions** - Please list any ongoing medical conditions that might impact the child's health and well being in the child care or school setting.

a. Note any significant medical conditions or major surgical history. **If the child has a complex medical condition, a special care plan should be completed and attached for any of the medical issue blocks that follow.** A generic care plan (CH-15) can be downloaded at [www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot](http://www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot) or pdf. Hard copies of the CH-15 can be requested from the Division of Family Health Services at 609-292-5666.

b. **Medications** - List any ongoing medications. Include any medications given at home if they might impact the child's health while in child care (seizure, cardiac or asthma medications, etc.). Short-term medications such as antibiotics do not need to be listed on this form. Long-term antibiotics such as antibiotics for urinary tract infections or sickle cell prophylaxis should be included.

PRN Medications are medications given only as needed and should have guidelines as to specific factors that should trigger medication administration.

*Please be specific about what over-the-counter (OTC) medications you recommend, and include information for the parent and child care provider as to dosage, route, frequency, and possible side effects. Many child care providers may require separate permissions slips for prescription and OTC medications.*

c. **Limitations to physical activity** - Please be as specific as possible and include dates of limitation as appropriate. Any limitation to field trips should be noted. Note any special considerations such as avoiding sun exposure or exposure to allergens. Potential severe reaction to insect stings should be noted. Special considerations such as back-only sleeping for infants should be noted.

d. **Special Equipment** - Enter if the child wears glasses, orthodontic devices, orthotics, or other special equipment. Children with complex equipment needs should have a care plan.

e. **Allergies/Sensitivities** - Children with life-threatening allergies should have a special care plan. Severe allergic reactions to animals or foods (wheezing etc.) should be noted. Pediatric asthma action plans can be obtained from The Pediatric Asthma Coalition of New Jersey at [www.pacnj.org](http://www.pacnj.org) or by phone at 908-687-9340.

f. **Special Diets** - Any special diet and/or supplements that are medically indicated should be included. Exclusive breastfeeding should be noted.

g. **Behavioral/Mental Health issues** - Please note any significant behavioral problems or mental health diagnoses such as autism, breath holding, or ADHD.

h. **Emergency Plans** - May require a special care plan if interventions are complex. Be specific about signs and symptoms to watch for. Use simple language and avoid the use of complex medical terms.

4. **Screening** - This section is required for school, WIC, Head Start, child care settings, and some other programs. This section can provide valuable data for public health personnel to track children's health. Please enter the date that the test was performed. Note if the test was abnormal or place an "N" if it was normal.

- For lead screening state if the blood sample was capillary or venous and the value of the test performed.
- For PPD enter millimeters of induration, and the date listed should be the date read. If a chest x-ray was done, record results.
- Scoliosis screenings are done biennially in the public schools beginning at age 10.

This form may be used for clearance for sports or physical education. As such, please check the box above the signature line and make any appropriate notations in the Limitation to Physical Activities block.

5. Please sign and date the form with the date the form was completed (note the date of the exam, if different)

- Print the health care provider's name.
- Stamp with health care site's name, address and phone number.