LINDEN PUBLIC SCHOOLS

RESPECT FOR DIVERSITY - EXCELLENCE IN EDUCATION - COMMITMENT TO SERVICE

2022-2023 Pre-Kindergarten Registration Packet

Central Registration • 100 Edgewood Road • Linden, NJ 07036
908-986-9307
registration@lindenps.org

Para ser elegible para inscribirse en Pre-Kindergarten, los estudiantes deben tener 4 años de edad antes del 1 de octubre de 2022.

TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE PAQUETE DEBEN LLENARSE COMPLETAMENTE.

DOCUMENTOS REQUERIDOS AL MOMENTO DEL REGISTRO

☐ **Acta 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, fallo o poder notarial)*

Las cartas notariadas no son aceptables como prueba de custodia. En esta situación, se requerirá una declaración jurada y se debe completer antes del registro.

☐ **Identificación con foto del padre/tutor**

☐ **"6 Puntos" Comprobante de residencia (consulte la página 2)**

Si es aplicable: ☐Declaración jurada *(debe completarse con un oficial de asistencia)*

☐ **Registro de immunizaciones/vacunaciones**

SI NO ESTÁ EN INGLÉS, DEBE SER TRADUCIDO POR UN MÉDICO

Si es aplicable: ☐Papeles de transferencia de la escula pública anterior | ☐Copia del IEP actual

Todas las inscripciones de Pre-K y Kindergarten **SOLAMENTE CON CITA.**

→→→→→Comenzaremos a programar citas el 3 de enero de 2022. ←←←←←

Consulte el programa a continuación para planificar en consecuencia.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
ESCUELAS 1 Y 6: 31 DE ENERO - 3 DE FEBRERO DE 2022			
31 de enero 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	*1 de febrero* 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	*2 de febrero* 5:00 – 8:00 PM	*3 de febrero* 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM
ESCUELAS 2 Y 8: 7 DE FEBRERO - 10 DE FEBRERO DE 2022			
7 de febrero 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	*8 de febrero* 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	*9 de febrero* 5:00 – 8:00 PM	*10 de febrero* 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM
ESCUELAS 4 Y 10: 28 DE FEBRERO - 3 DE MARZO DE 2022			
28 de febrero 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	*1 de marzo* 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	*2 de marzo* 5:00 – 8:00 PM	*3 de marzo* 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM
ESCUELAS 5 Y 9: 7 DE MARZO - 10 DE MARZO DE 2022			
7 de marzo 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	*8 de marzo* 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	*9 de marzo* 5:00 – 8:00 PM	*10 de marzo* 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM

Tenga en cuenta: Una vez completada la inscripción, todos los estudiantes son asignados por el Departamento de Educación Infantil.

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:

☐ Factura de gas **[2 puntos]**	☐ Factura de agua **[2 puntos]**	☐ Factura de electricidad **[2 puntos]**
☐ Recibo de pago **[2 puntos]**	☐ Factura de cable **[2 puntos]**	☐ Registro de automóvil **[2 puntos]**
☐ Seguro de automóvil **[2 puntos]**	☐ Correo del gobierno **[2 puntos]**	☐ Extracto bancario **[1 punto]**
☐ Factura del teléfono celular **[1 punto]**	☐ Factura de tarjeta de crédito **[1 punto]**	☐ Licencia de conducir / identificación estatal de NJ **[1 punto]**
☐ 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
EARLY CHILDHOOD DEPARTMENT

Dr. Marnie Hazelton
Superintendent

Jennifer Smith
Director of Elementary Language Arts/
Federal Programs and Early Childhood
jmsmith@lindenps.org
(908) 486-2043 Ext. 8954

2022 - 2023 Programa de Prejardín de Infantes

Reconozco / reconocemos que la inscripción no garantiza un lugar en el programa, ni asegura un lugar en una escuela en particular. Se le notificará por correo si a su hijo se le ofrece un lugar en el programa.

Si su hijo asiste al prejardín de infantes en una escuela que no sea su escuela de origen, volverá a su escuela de origen para el jardín de infantes.

_____ Fecha:_____
Firma del Padre / Tutor Legal

El Nombre del Niño: _____
(Por favor imprimir)

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
CENTRAL REGISTRATION

☐ El estudiante asistió previamente a las Escuelas Linden
☐ El estudiante recibió servicios a través de TEDDY

POR FAVOR, IMPRIMA CLARAMENTE

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ ID: _____

País de origen/nacimiento (**si no es USA**):_____

DOB: _____/_____/_____ Fecha de entrada en Estados Unidos: _____/_____/_____

Idioma/s hablados en casa: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Francés ☐ Criollo ☐ Árabe ☐ Chino

☐ Otro (Especificar): _____

SOLO PUEDE VERIFICAR UNO:
Idioma dominante del estudiante: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Francés ☐ Criollo ☐ Árabe ☐ Chino

☐ Otro (Especificar): _____

Dirección: _____

Nombre(s) del Padre/ Guardián: (POR FAVOR IMPRIMIR) _____
Relación: ☐Padre/Guardián ☐Hermano/Hermana ☐ Abuelo/ Abuela ☐ Tío /Tía ☐Otra: _____

(POR FAVOR IMPRIMIR)_____
Relación: ☐Padre/Guardián ☐Hermano/Hermana ☐ Abuelo/ Abuela ☐ Tío /Tía ☐Otra: _____

Teléfono de casa#: _____ Dirección de correo electrónico: _____

P/G teléfono celular #: _____ P/G teléfono celular #: _____
☐Verizon ☐AT&T ☐TMobile/Sprint ☐Metro ☐Other ☐Verizon ☐AT&T ☐TMobile/Sprint ☐Metro ☐Other
☐Madre ☐Padre ☐Otro: _____ ☐Madre ☐Padre ☐Otro: _____

P/G en el trabajo #: _____ P/G en el trabajo #: _____

☐Madre ☐Padre ☐Otro: _____ ☐Madre ☐Padre ☐Otro: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
Relación: ☐Padre/Guardián ☐Hermano/Hermana ☐ Abuelo/ Abuela ☐ Tío /Tía ☐Otra: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
Relación: ☐Padre/Guardián ☐Hermano/Hermana ☐ Abuelo/ Abuela ☐ Tío /Tía ☐Otra: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
Relación: ☐Padre/Guardián ☐Hermano/Hermana ☐ Abuelo/ Abuela ☐ Tío /Tía ☐Otra: _____

¿Ha servido/sirve un padre/tutor en las Fuerzas Armadas de USA? ☐ **Sí** ☐No

En caso afirmativo: Rama: _____ Rango: _____ ¿Retirado? ☐ Sí ☐No

En caso afirmativo: Nombre del Padre/ Guardián: _____

LINDEN PUBLIC SCHOOLS

CENTRAL REGISTRATION

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

INFORMACIÓN ADICIONAL DE MATRÍCULA DE PRE-K

¿Ha asistido su alumno/a a un programa de Pre-K fuera de las Escuelas Públicas de Linden? ☐ Si ☐ No

Si, ¿a qué programa asistió? _____

_____

¿Tiene otro/s hijo/s asistiendo a las Escuelas Públicas de Linden en la actualidad? ☐ Si ☐ No

Por favor escriba el nombre, fecha de nacimiento y escuela a la que asiste el/los otros estudiantes.

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que asiste
Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que asiste
Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que asiste
Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que asiste
Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que asiste

Información Pertinente Adicional/Notas: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

LINDEN PUBLIC SCHOOLS

Department of World Languages, Bilingual/ESL

Dr. Marnie Hazelton
Superintendent

Kevin LaMastra
Supervisor
2 E. Gibbons Street, Linden, NJ 07036
PHONE (908) 486-2800 EXT. 8029
klamastra@lindenps.org

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA

Objetivo

La encuesta sobre el idioma que se habla en casa se utiliza únicamente con el fin de ofrecer los servicios educativos apropiados (según U.S. ED EL Toolkit, Chapter 1). Esta encuesta es el primero de tres pasos para determinar si el estudiante es elegible para ser identificado como estudiante de inglés (English Language Learner o ELL por sus siglas en inglés). "Casa" es definido como el lugar de residencia actual del estudiante.

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección actual: _____

Preguntas de la Encuesta

1. Liste todos los idiomas que se hablan en la casa del estudiante.

_____

2. ¿Fue el primer idioma del estudiante otro idioma distinto del inglés?

☐ No
☐ Si

3. ¿Habla o entiende el estudiante un idioma distinto del inglés?

☐ No
☐ Si

4. Cuando el estudiante se relaciona con otros en casa (por ejemplo: padres, guardianes, o hermanos), ¿puede éste entender o utilizar otro idioma distinto del inglés *la mayoría del tiempo?*

☐ No
☐ Si

5. Cuando el estudiante se relaciona con otros fuera de casa (por ejemplo: amigos, cuidadores), ¿puede éste entender o utilizar otro idioma distinto del inglés *la mayoría del tiempo?*

☐ No
☐ Si

LINDEN PUBLIC SCHOOLS

Special Education Department

170 Hussa St. Linden, NJ 07036

Dr. Marnie Hazelton
Superintendent

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

Escuela:		
Estudiante:	Grado:	Fecha de nacimiento:
Nombre del Padre de Familia / Guardian:		
Dirección:		
Número de teléfono:		

¿Ha recibido el estudiante mencionado anteriormente algún servicio especial y / o servicios relacionados, es decir;

	Sí	No
• Servicios de habla y lenguaje en la escuela anterior:	☐	☐
• Clases de educación especial, como:		
Centro de Recursos	☐	☐
Soporte en clase	☐	☐
Clases académicas autónomas	☐	☐
Especial de colocación en escuela alternativa	☐	☐
Transporte	☐	☐
¿Su hijo tiene un IEP?	☐	☐
Si es así, ¿tiene el IEP con usted?	☐	☐
¿Tienes un plan 504 para tu hijo?	☐	☐

Distrito escolar anterior: _____ Último día de asistencia: _____
Escuela anterior: _____

Comentarios adicionales del padre / tutor:

_____
_____
_____
_____

_____ _____
Firma del Padre / Tutor Fecha de entrada en Linden

Envíe este formulario con el IEP del estudiante a: Special Education Department
Att: Dr. Marie Stefanick
mstefanick@lindenps.org

Linden Public Schools

Linden, NJ 07036

Formulario de Consentimiento del Padre/Guardián

Le enviamos este formulario de consentimiento de los padres para informarle y pedirle permiso para que la foto/imagen de su hijo/a, e información que pueden identificarlo/a personalmente sea colgada en la página web del distrito y distribuida por medios de difusión locales para posible publicación.

Como sabe, hay posibles peligros asociados con la difusión de información personal identificable en una página web debido a que el acceso global al Internet no nos permite controlar quien puede tener acceso a esta información. Estos peligros han existido siempre; sin embargo, nosotros como escuela queremos celebrar su hijo/a, su trabajo y logros. La ley requiere que le pidamos permiso para utilizar información sobre su hijo/a.

De acuerdo con la ley, nosotros no distribuiremos ninguna información personal identificable sin previo consentimiento escrito suyo como padre o guardián. Información personal identificable incluye nombres del alumno, foto o imagen, dirección de domicilio y números de teléfono.

Si usted, como padre o guardián, desea anular este acuerdo, usted podrá hacerlo si lo desea en cualquier momento, por escrito, enviando una carta al director/a de la escuela de su hijo/a y dicha anulación será efectiva al ser recibida por la escuela.

Escoja una de las siguientes opciones:

☐ Yo/Nosotros AUTORIZAMOS que la foto/imagen de este alumno y toda otra información personal mencionada arriba sea publicada en la página web del distrito y distribuida por medios de difusión locales para posible publicación.

☐ Yo/Nosotros NO AUTORIZAMOS que la foto/imagen de este alumno y toda otra información personal mencionada arriba sea publicada en la página web del distrito y distribuida por medios de difusión locales para posible publicación.

Nombre del Alumno: (POR FAVOR IMPRIMA)_____

Grado del alumno _____

Nombre del Padre/Guardián (POR FAVOR IMPRIMA) _____

Firma del Padre/Guardián: (firme) _____

Relación al alumno _____ _____

Fecha: _____

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
USO ACEPTABLE DE LA COMPUTADORA, RED y EL INTERNET

Formulario de Acuerdo del Estudiante
(Por favor separe y regrese a la escuela)

Por favor imprima:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Aula: _____

El propósito de esta *Póliza de Uso Aceptable de Internet* es para apoyar el compromiso de las Escuelas Públicas de Linden de ofrecer vías de acceso al universo de información disponible. El sistema de comunicación electrónica del distrito deberá incluir acceso al Internet para todos los alumnos y empleados.

Para ver la *Póliza de Uso Aceptable de Internet* visite la página web de las Escuelas Públicas de Linden:

www.linden.k12.nj.us - (clic **Quick Links**)

Si usted no tiene acceso a esta póliza en la red, por favor contacte la oficina de su escuela.

He leído y estoy de acuerdo con **Policy No. 6142.10, "Acceptable Use of the Internet"** y, como padre/guardián del alumno menor mencionado arriba, doy permiso para que mi hijo/a acceda servicios de computadoras en red, como el internet. Entiendo que individuos pueden ser considerados responsables por violaciones. Entiendo que, como padre o guardián, yo puedo ser responsable por las violaciones de mi hijo/a. Entiendo que algunos espacios en el internet pueden ser censurables, pero soy consciente que el Distrito de Escuelas Públicas de Linden, Linden Public School District, ha intentado proveer precauciones de seguridad para proteger mi hijo/a de estos espacios censurables.

Entiendo que, si quiero revocar este permiso, necesito enviar una petición por escrito al director/a de la escuela de mi hijo/a.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Celular)_____

……..……

Como usuario de la red de computadoras de las Escuelas Públicas de Linden, he leído y aquí acepto obedecer las reglas mencionadas arriba tituladas "Acceptable Use Policy for the Internet."

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

……..……

Yo aquí doy permiso para que el trabajo de mi hijo/a, el cual puede o no puede ser acompañado con el nombre del estudiante y/o foto, para que sea expuesto y reproducido por el distrito escolar, y por lo cual exenciono al distrito, Linden Public School District, de cualquier responsabilidad que resulte de o conectada con la publicación de dicho trabajo.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Requisitos Mínimos de Vacunación Para Menores en Guardería/Escuela Preescolar en New Jersey
N.J.A.C. 8:57-4 Immunization of Pupils in School

La siguiente es la lista de vacunas necesarias para asistir a guarderías/escuelas preescolares en NJ. Para acceder al calendario complete de vacunas recomendadas según el ACIP por favor visite ACIP Recommended Immunization Schedule, en http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html.

Su hijo/a deberá haber recibido las siguientes vacunas:

Tétanos, Difteria y Tos Ferina acelular (DTaP)
Poliomielitis Inactivo (Polio)
Haemophilus influenzae typo b (Hib)
Enfermedad neumocócica (PCV 13)
Rubéola (MMR) Varicela (VAR)
Influenza (gripe)
Hepatitis B

Vacuna de Influenza

La vacuna estacional actual contra la gripe es necesaria TODOS LOS AÑOS para niños entre 6 y 59 meses de edad. Los alumnos que no han recibido la vacuna de la gripe antes del 31 de diciembre serán excluidos (no permitidos asistir a la guardería/escuela preescolar) durante la temporada de gripe (hasta el 31 de marzo), hasta que hayan recibido al menos una dosis de la vacuna de la gripe o hasta que cumplan los 60 meses de edad. Los alumnos que se matriculen en la guardería/ escuela preescolar después del 31 de diciembre deberán presentar documentación de haber recibido la vacuna estacional actual contra la gripe antes de ser permitidos entrar en la escuela. Los alumnos que se matriculen después del 31 de marzo no necesitan la vacuna de la gripe; sin embargo, la temporada de gripe puede durar hasta mayo y por ello, recibir la vacuna de la gripe incluso tarde en la temporada todavía ofrece protección.

Para más información, por favor visite "NJ Immunization Requirements Frequently Asked Questions", en: http://nj.gov/health/cd/imm.shtml **.**

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
Linden, New Jersey 07036

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? ☐ Si ☐ No
Si, por favor explique:

_____
_____
_____
_____

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

Si, ¿cuántas semanas? _____

Peso del bebé al nacer: _____

¿Tuvo que quedarse el bebé en el hospital más tiempo que la mamá? ☐ Si ☐ No
Si, por favor explique:

_____
_____
_____
_____

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

¿se puso azul? ☐ Si ☐ No

Salud del Menor desde Nacimiento – VISTA

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

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

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

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

Si, por favor explique:

_____
_____
_____

OIDOS

¿Ha tenido su hijo/a frecuentes infecciones de oído? ☐ Si ☐ No

¿Ha tenido su hijo/a dificultad oyendo? ☐ Si ☐ No

¿Ha sospechado alguna vez que su hijo/a tiene problemas de oído? ☐ Si ☐ No

Si, por favor explique:

_____
_____
_____
_____

COORDINACIÓN

¿Ha tenido su hijo/a alguna vez dificultad caminando, subiendo, estirándose para agarrar algo, sujetándose a algo? ☐ Si ☐ No

Si, por favor explique:

_____
_____
_____
_____

¿Ha tenido su hijo/a alguna vez heridas graves o ha sido hospitalizado? ☐ Si ☐ No

Si, por favor explique:

_____
_____
_____
_____

¿Tiene su hijo/a alguna alergia? ☐ Si ☐ No

Si, por favor explique:

_____
_____
_____
_____

¿Está su hijo/a tomando algún medicamento en estos momentos? ☐ Si ☐ 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?	☐ Si	☐ No
	Lavarse y secarse las manos solo?	☐ Si	☐ No
	Ayudar a vestirse o vestirse solo/a con poca ayuda?	☐ Si	☐ No
	Quedarse con una niñera?	☐ Si	☐ No
	Hablar para que otros puedan entenderlo/a?	☐ Si	☐ No
	Expresar sus pensamientos y necesidades con facilidad?	☐ Si	☐ No
	Jugar con otros niños?	☐ Si	☐ No

¿Tiene alguna preocupación con respeto 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? ☐ Si ☐ No

No, por favor explique:

_____
_____
_____

Firma del Padre/Guardián:_____ Fecha:_____

Rev.10/19
bm

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
Linden, New Jersey 07036

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)**

Alergia ******	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
Linden, New Jersey 07036

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

J. Schulman, D.O.
Chief Medical Inspector
Joyce Hirsch, R.N.
Head School Nurse
(908) 486-2212ext.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

J. Schulman, D.O.
Chief Medical Inspector
Joyce Hirsch, R.N.
Head School Nurse
(908) 486-2212Ext.8460
Fax (908) 925-8613

Fecha:_____

Estimado Padre/Guardián:

Para el año escolar _____ 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).

9/11

APPENDIX H

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)* *(First)*	Gender ☐ Male ☐ Female	Date of Birth / /

Does Child Have Health Insurance? ☐Yes ☐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 ( ) -

I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.

Signature/Date	This form may be released to WIC. ☐Yes ☐No

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

Date of Physical Examination:	Results of physical examination normal? ☐Yes ☐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)*	

IMMUNIZATIONS	☐ Immunization Record Attached ☐ Date Next Immunization Due: _____

MEDICAL CONDITIONS

Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Medications/Treatments • List medications/treatments:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Allergies/Sensitivities • List allergies:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	☐ None ☐ 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: ☐ Capillary ☐ Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

☐ ***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.***

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 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 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 heath 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.