

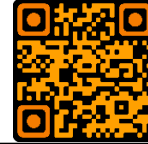


TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE PAQUETE DEBEN LLENARSE COMPLETAMENTE.

DOCUMENTOS REQUERIDOS AL MOMENTO DEL REGISTRO

DEBES completar la preinscripción en línea en

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 online. ****

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)

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) If required: ☐ Affidavit (completed with an Attendance Officer)

Registro de inmunización/vacunación (Se prefieren los registros traducidos por un médico.)

Comprobante de Ingresos por 1 MES

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

Tarjeta/formulario de transferencia

Si es aplicable : ☐ Copia del IEP actual o 504

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



PRE-K 4

ESCUELAS 1 y 6: 22 al 25 de enero de 2024

ESCUELAS 2 y 8: 29 de enero - 1 de febrero de 2024

ESCUELAS 4 y 10: 5 de febrero - 8 de febrero de 2024

ESCUELAS 5 y 9: 12 de febrero - 15 de febrero de 2024



**CITAS DISPONIBLES EN LOS SIGUIENTES HORARIOS
EN LAS FECHAS ANTERIORES:**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
8:30-11:30 AM	8:30-11:30 AM	5:00-7:30 PM	8:30-11:30 AM
1:00-2:30 PM	1:00-2:30 PM		1:00-2:30 PM

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

Atiya Y. Perkins
Superintendent of Schools



Jennifer Smith
Director of Elementary Language Arts/
Federal Programs and Early Childhood
jmsmith@lindenps.org
(908) 486-2800 Ext. 8027

2024 - 2025 Programa de Prejardín de Infantes

Yo/nosotros reconocemos que el registro no asegura 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 a Pre-Kindergarten en una escuela que no sea su escuela de origen, regresará a su escuela de origen para el Kindergarten.

Entiendo que recibiré una notificación sobre la colocación de mi hijo del Departamento de Educación de la Primera Infancia.

Firma del Padre / Tutor Legal

Fecha: _____

El Nombre del Niño: _____
(Por favor imprimir)



2024-2025

Encuesta de ingresos familiares de las escuelas públicas de Linden

1. ¿Cuántas personas hay en su familia/hogar? _____
2. ¿El ingreso de su familia es menor que las pautas de pobreza que se enumeran a continuación?

☐ Si

☐ No

Hogar/Número de personas que viven en el hogar	Ingresos anuales	Ingreso mensual	Ingreso dos veces al mes	Ingresos semanales
1	\$18,945	\$1,579	\$789	\$394
2	\$25,636	\$2,136	\$1,068	\$534
3	\$32,318	\$2,693	\$1,346	\$673
4	\$39,000	\$3,250	\$1,625	\$812
5	\$45,682	\$3,806	\$1,903	\$951
6	\$52,364	\$4,363	\$2,181	\$1,090
7	\$59,046	\$4,920	\$2,460	\$1,230
8	\$65,728	\$5,477	\$2,738	\$1,369

3. ¿Está recibiendo asistencia bajo el programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?

☐ Si

☐ No

4. ¿Recibe asistencia bajo el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)?

☐ Si

☐ No

5. ¿El niño que está registrando es un niño de crianza?

☐ Si

☐ No

Si responde Si a cualquiera de las preguntas anteriores, se debe proporcionar prueba, como una tarjeta TANF/SNAP y/o una identificación de acogida. Se debe proporcionar un comprobante de ingresos de un mes para confirmar los ingresos.



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 ☐ Árabe

☐ Otro (Por favor especifica): _____

SOLO PUEDE CONSULTAR UN IDIOMA DOMINANTE

Idioma Dominante del Estudiante: ☐ Inglés ☐ Español | ☐ Ucranio ☐ Criollo ☐ Portugués ☐ Polaco ☐ Georgiano ☐ Árabe

☐ 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. SI ES SÍ, ¿DÓNDE FUE LA ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ SU ESTUDIANTE? _____

¿ALGUNA VEZ SE REGISTRARON O ASISTIERON A ALGUNA ESCUELA, CLASE O PROGRAMA PÚBLICO 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

Department of Bilingual/ESL

Atiya Y. Perkins
Superintendent of Schools



Danie Orelie
Director
2 E. Gibbons Street, Linden, NJ 07036
PHONE (908) 486-2800 EXT. 8029
dorelien@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

☐ Sí

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

☐ No

☐ Sí

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

☐ Sí

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

☐ Sí

LINDEN PUBLIC SCHOOLS

Special Education Department
170 Husa St. Linden, NJ 07036

Atiya Y. Perkins
Superintendent of Schools



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



Resumen de los requisitos de vacunación preescolar/cuidado infantil de Nueva Jersey

N.J.A.C. 8-57-4

https://www.nj.gov/health/cd/imm_requirements/acode/

Los niños deben recibir la cantidad mínima de vacunas apropiadas para su edad antes de ingresar a la guardería/preescolar. Se **requieren las siguientes vacunas para INGRESAR al preescolar** en el estado de Nueva Jersey:

- ☐ Difteria, Tos Ferina, Tétanos (DTaP)
- ☐ Virus de Polio (IPV)
- ☐ Haemophilis Influenza Tipo B (HIB)
- ☐ Neumocócica (PCV)
- ☐ Sarampión, Paperas, Rubeola (MMR)
- ☐ Varicela (VAR)



La vacuna contra la influenza estacional (GRIP) es obligatoria todos los años para los niños de 6 a 59 meses de edad. Los niños que no hayan presentado documentación de administración (entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre) antes del 31 de diciembre deberán permanecer en casa hasta que lo hagan.

El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomienda vacunas adicionales para una protección óptima.

Estas recomendaciones se pueden encontrar en

<http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html>





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?	☐ Sí	☐ No
	Lavar y secarse las manos solo?	☐ Sí	☐ No
	Ayudar a vestirse o vestirse solo/a con poca ayuda?	☐ Sí	☐ No
	Quedarse con una niñera?	☐ Sí	☐ No
	Hablar para que otros puedan entenderlo/a?	☐ Sí	☐ No
	Expresar sus pensamientos y necesidades con facilidad?	☐ Sí	☐ No
	Jugar con otros niños?	☐ Sí	☐ 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

(Por Favor Imprima)

FECHA MATRÍCULA: _____

_____/_____/_____
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



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 of Schools



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 of Schools

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) (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 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.