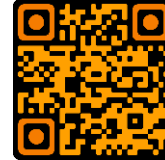




**TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE PAQUETE DEBEN LLENARSE COMPLETAMENTE.**

**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**

- ☐ **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:**



|           |                                    |
|-----------|------------------------------------|
| Lunes     | 8:30 AM – 12:00 PM; 1:30 – 2:30 PM |
| Martes    | 8:30 AM – 12:00 PM; 1:30 – 2:30 PM |
| Miercoles | 8:30 AM – 11:00 AM                 |
| Jueves    | 8:30 AM – 12:00 PM; 1:30 – 2:30 PM |
| Viernes   | 8:30 AM – 12:00 PM; 1:30 – 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 9/27/2023]



# 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 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

## Department of Bilingual/ESL

Atiya Perkins  
Superintendent



Danie Orelie  
Supervisor  
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 Perkins  
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

RESPECT FOR DIVERSITY - EXCELLENCE IN EDUCATION - COMMITMENT TO SERVICE

Office of Central Registration

## REQUEST FOR RELEASE OF STUDENT RECORDS

### SCHOOL REQUESTING RECORDS:

### [FOR OFFICE USE ONLY]

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

Soehl Middle School ☐ | McManus Middle School ☐ | Linden High School ☐

Central Registration ☐

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

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

FAX NUMBER: \_\_\_\_\_

**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 (PARCC, NJASK, HSPA/GEPA, etc.)
- ☐ Other: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Yo autorizo \_\_\_\_\_, Fax #: \_\_\_\_\_  
(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: \_\_\_\_\_



# LINDEN PUBLIC SCHOOLS

RESPECT FOR DIVERSITY - EXCELLENCE IN EDUCATION - COMMITMENT TO SERVICE

## 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/<br>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<br>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 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 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 2023-2024 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<br><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female                                             |                             | Date of Birth<br>/ /                                                                          |                  |
| Does Child Have Health Insurance?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                       |                | If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier                                                                    |                             |                                                                                               |                  |
| Parent/Guardian Name                                                                                                                                                                                                                                                                                |                | Home Telephone Number<br>( ) -                                                                                      |                             | Work Telephone/Cell Phone Number<br>( ) -                                                     |                  |
| Parent/Guardian Name                                                                                                                                                                                                                                                                                |                | Home Telephone Number<br>( ) -                                                                                      |                             | Work Telephone/Cell Phone Number<br>( ) -                                                     |                  |
| <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.<br><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<br><input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: _____ |                             |                                                                                               |                  |
| MEDICAL CONDITIONS                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                                                                                                     |                             |                                                                                               |                  |
| Chronic Medical Conditions/Related Surgeries<br>• List medical conditions/ongoing surgical concerns:                                                                                                                                                                                                |                | <input type="checkbox"/> None<br><input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached                                |                             | Comments                                                                                      |                  |
| Medications/Treatments<br>• List medications/treatments:                                                                                                                                                                                                                                            |                | <input type="checkbox"/> None<br><input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached                                |                             | Comments                                                                                      |                  |
| Limitations to Physical Activity<br>• List limitations/special considerations:                                                                                                                                                                                                                      |                | <input type="checkbox"/> None<br><input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached                                |                             | Comments                                                                                      |                  |
| Special Equipment Needs<br>• List items necessary for daily activities                                                                                                                                                                                                                              |                | <input type="checkbox"/> None<br><input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached                                |                             | Comments                                                                                      |                  |
| Allergies/Sensitivities<br>• List allergies:                                                                                                                                                                                                                                                        |                | <input type="checkbox"/> None<br><input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached                                |                             | Comments                                                                                      |                  |
| Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements<br>• List dietary specifications:                                                                                                                                                                                                                        |                | <input type="checkbox"/> None<br><input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached                                |                             | Comments                                                                                      |                  |
| Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis<br>• List behavioral/mental health issues/concerns:                                                                                                                                                                                                       |                | <input type="checkbox"/> None<br><input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached                                |                             | Comments                                                                                      |                  |
| Emergency Plans<br>• List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:                                                                                                                                                                                                   |                | <input type="checkbox"/> None<br><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.