

Nombre del Estudiante _____, Escuela / Grado _____
Apellido Nombre

KINGSTON CITY SCHOOL DISTRICT

Meagher Administration Building
21 Wynkoop Place
Kingston, NY 12401-3879

Dr. Paul J. Padalino
Superintendent of Schools

LISTA DE DOCUMENTOS PARA LA INSCRIPCION EN PRE-JARDIN DE INFANCIA Los siguientes documentos son requeridos para inscribirse en el Distrito escolar de la Ciudad de Kingston

- Partida de Nacimiento, Pasaporte, o Certificado de Bautismo**
- Registro de Vacunas**
Preparado por un médico o persona autorizada que administra la vacuna de inmunización y deberá especificar las vacunas administradas y las fechas de administración, pruebas de inmunización pasadas o prueba de cita pendiente con el médico/práctica médica.
- Documentos de Tutela Legal:** Necesario si e niño no vive con los padres biológicos o en caso de divorcio o cuando uno de los padres se ha vuelto a casar.

Identificación con foto del Padre o Tutor Legal: Licencia de manejar, Pasaporte o Identificación del Estado.

- Prueba que reside dentro de los límites del Distrito**

Proporcione una de las siguientes pruebas de residencia:

A. Es dueño de casa

1. Presentar el recibo de servicio de utilidades más reciente (electricidad, teléfono, agua); declaración de impuestos o hipoteca- debe tener nombre y dirección de la propiedad.

B. Vivienda Alquilada

1. Contrato de alquiler, debe tener el nombre y dirección de la propiedad / residencia.
2. El nombre del padre debe constar en el contrato de alquiler.
3. La cuenta más reciente de algún servicio de utilidad- solo uno (electricidad, teléfono, agua), debe tener el nombre y dirección de la propiedad rentada.
Declaración del Propietario de la propiedad en alquiler- debe estar notariada.
4. Debe ser completado por el propietario de la casa en alquiler/ dueño de la propiedad, en caso, que no exista un contrato de alquiler.
5. En caso esté viviendo con un pariente, dicha persona debe llenar el formulario y también proporcionarle un recibo de utilidad (electricidad, teléfono, agua), en la que estén el nombre del pariente y la dirección de la residencia.

** No se aceptarán como prueba de residencia, lo siguiente: Licencia de Manejar, Talonario de Cheque, Recibo del Pago del Alquiler, Tarjeta de Seguro de Auto, y estado de cuenta bancaria.

****CLASIFICADO – SI o NO**



We Inspire. We Educate. We Graduate.
All Students, All of the Time

Bienvenido al Distrito Escolar de la Ciudad de Kingston!

Este paquete deberá completarse en su totalidad para registrarse en el Distrito Escolar de la Ciudad de Kingston.

Marque una casilla a continuación para hacernos saber para qué sirve esta aplicación:

- Solicitud Preescolar Universal
- Referencia de Evaluación de Educación Especial Preescolar
- Ambos- Solicitud de UPK y Referencia de Evaluación de Educación Especial en Edad Peescolar

Thank you.

El registro se pondrá en contacto con usted una vez que se reciba la solicitud.



We Inspire. We Educate. We Graduate. All Students. All of the Time

Aplicación Completada _____ (solo para uso de oficina)

FECHA: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____ FDN: _____ Sexo: H M

NOMBRE DE LOS PADRES/TUTORES: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE): _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO: (C) _____ (T) _____ (Mobil) _____

¿Ha tenido un hijo que asistió previamente a Pre-K? SI NO Si es Sí, nombre de la Agencia _____ ¿Usted cree que su hijo tiene alguna necesidad especial? En caso, que si, por favor explique: _____

POR FAVOR, ESCOJA EL SITIO PREFERIDO DE UPK:

DIA COMPLETO 4-AÑOS UPK (5 HORAS)

- MEAGHER PRESCHOOL CENTER, 21 WYNKOOP PLACE, KINGSTON – 943-3008
- AUNT JENN'S EARLY LEARNING CENTER – 925 ORLANDO STREET, KINGSTON – 383-1060
- LITTLE RED SCHOOLHOUSE – LUCAS AVENUE EXTENSION, KINGSTON – 340-8460
- MONTESSORI SCHOOL OF KINGSTON – 243 HURLEY AVENUE, KINGSTON – 331-3311
- GEORGE WASHINGTON MONTESSORI SCHOOL– 67 WALL STREET, KINGSTON – 943-3513
- YWCA OF ULSTER COUNTY – 209 CLINTON AVENUE, KINGSTON – 338-6844

MEDIO DIA 4-AÑOS UPK (2 ½ HORAS)

- FAIR STREET NURSERY SCHOOL – 209 FAIR STREET, KINGSTON – 331-8220
- HURLEY NURSERY SCHOOL – MAIN STREET, HURLEY – 339-1036

DIA COMPLETO 3-AÑOS UPK (5 HORAS)

- GEORGE WASHINGTON MONTESSORI SCHOOL– 67 WALL STREET, KINGSTON – 943-3513

El programa Universal Pre-Jardín infantil es un programa que proporciona currículo y actividades, 5 días/semana, medio-día (2 ½ hrs) o Día Completo (5 hrs), que sean apropiadas para el nivel de edad y las necesidades individuales de los niños elegibles y que promuevan el desarrollo cognitivo, lingüístico, físico, cultural, emocional y social. Las actividades se centrarán en el alumno y se diseñarán y proporcionarán de manera

que promuevan el crecimiento y desarrollo total del niño en todas las áreas, incluida la alfabetización en inglés emergente. Se alienta a los niños a ser seguros de sí mismos e independientes. Los niños elegibles son aquellos que residen dentro del distrito escolar y tienen cuatro años de edad en o antes del 1ro de Diciembre del año en que él o ella está inscrito o que de otra manera serán elegibles por primera vez para ingresar al jardín de infantes de la escuela pública a partir del siguiente año escolar. La selección se basa en un sistema de lotería.

El transporte NO es proporcionado y es responsabilidad del padre / cuidador.

Después de haber completado toda la solicitud y compilado todos los documentos de respaldo, llame a la oficina de Pre-K para programar una cita para registrarse.

DISTRICTO ESCOLAR DE KINGSTON

FORMULARIO PARA EL REGISTRO DEL ALUMNO

FECHA _____ AÑO QUE CURSA EL ALUMNO _____ SEXO _____

Nombre del estudiante _____ ¿Hispano? Sí No
Apellido(s) Nombre

Raza (elija todos que se apliquen): Asiático Negro Indígena nativo de América o Alaska
 de las Islas del Pacífico Blanco

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de nacimiento (ciudad, estado) _____

País (si nació fuera de los E.E.U.U.) _____

¿Documentos de Custodia legal o indicaciones del tutor? No Sí

Explique por favor: _____

¿Hizo algún curso anterior en algún jardín de infancia? Sí No

¿Alguna vez asistió a la escuela en el Distrito de Kingston? Sí No

Si es sí, en qué escuela _____ qué grados hizo _____

Nombre de la escuela que asistió por último _____ Grados que asistió en la
escuela anterior _____

Dirección de la escuela que asistió _____

Teléfono/fax (indique cuál si sabe) _____

Para los estudiantes inmigrantes y los estudiantes del Inglés como Segundo Idioma (ESL) solamente

¿ESL? Sí No

Fecha de llegada a los Estados Unidos _____

Fecha en que entró por primera vez una escuela en los Estados Unidos _____

La siguiente información la pedimos para cumplir con las obligaciones de la ley federal McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. Es para que podamos decidir si el alumno puede recibir ciertos servicios:

1. ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? Sí No

Si contesta "no" ya no continúe. Si contesta que sí, siga adelante con este apartado por favor

2. Es su situación de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? Si

No ¿Dónde vive actualmente el alumno?

En un motel En un refugio Con más de una familia en una casa o un apartamento

Mudándose constantemente de lugar a lugar En un lugar no apto para las comodidades normales para pasar la noche, tal como un auto, un parque, o un lugar para acampar

LOS PADRES O TUTORES CON LOS QUE EL ALUMNO O LOS ALUMNOS VIVEN

Número de teléfono en la casa: _____

¿Está en el directorio telefónico? Sí No

Persona a quien se debe contactar primero _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección para la correspondencia caso sea distinta a la del domicilio _____

Idioma que se habla en la casa _____

Se habla el inglés como segundo idioma Sí NO

Clase de residencia: propietario alquiler propietario de unidad en un parque de casas

móviles o condominio no sabe

Prueba de Residencia: Declaración de la hipoteca Factura de Impuestos a la Propiedad

Declaración de bienes inmobiliarios Recibo de Utilidades Contrato de alquiler

Formulario para la verificación de la persona que está rentando Otro

INFORMACIÓN QUE DEBE COMPLETARSE POR LOS PADRES O TUTORES QUE RESIDAN EN EL MISMO DOMICILIO QUE EL ALUMNO:

Nombre de los Padres o del tutor Legal _____
Apellido(s) Nombre(s)

¿Qué relación tiene con el alumno? _____

¿Es tutor reconocido por la Ley? SÍ NO

Teléfono 1 _____ Tipo de teléfono: Celular Casa Oficina

Teléfono 2 _____ Tipo de teléfono: Celular Casa Oficina

¿A qué número llamamos primero? _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de la compañía donde trabaja _____

Dirección de la compañía _____
(Ciudad) (Estado y Código Postal)

Número de teléfono de la compañía _____

Está sirviendo en Servicio Militar Activo SÍ No - Si es SÍ, Fecha de inscripción: _____
Fecha de salida: _____

Nombre de los Padres o Tutor Legal _____
Apellido(s) Nombre(s)

¿Qué relación tiene con el alumno? _____

¿Es tutor reconocido por la Ley? SÍ NO

Teléfono 1 _____ Tipo de teléfono: Celular Casa Oficina

Teléfono 2 _____ Tipo de teléfono: Celular Casa Oficina

¿A qué número llamamos primero? _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de la compañía donde trabaja _____

Dirección de la compañía _____
(Ciudad) (Estado y Código Postal)

Número de teléfono de la compañía _____

Está sirviendo en el Servicio Militar Activo SÍ NO - Si es SÍ, Fecha de inscripción: _____
Fecha de salida _____

INFORMACIÓN QUE DEBE COMPLETARSE POR LOS PADRES O TUTORES QUE NO VIVEN EN EL MISMO DOMICILIO QUE EL ALUMNO:

Nombre del padre o la madre o del tutor _____
Apellido(s) Nombre(s)

¿Qué relación tiene con el alumno? _____

¿Es tutor reconocido por la Ley? SÍ NO

Teléfono 1 _____ Tipo de teléfono: Celular Casa Oficina

Teléfono 2 _____ Tipo de teléfono: Celular Casa Oficina

¿A qué número llamamos primero? _____

Está sirviendo en el Servicio Militar Activo SÍ NO - Si es SÍ, Fecha de inscripción: _____
Fecha de salida _____

EN CASO DE EMERGENCIA, LOS DATOS DE OTRAS PERSONAS QUE NO SEAN NI PADRE NI TUTOR:

Nombre _____ Sexo _____
Apellido(s) Nombre(s)

Reside en el mismo domicilio SÍ No

Si es otro el domicilio:

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono 1 _____ Tipo de teléfono: Celular Casa Oficina

Teléfono 2 _____ Tipo de teléfono: Celular Casa Oficina

Relación con el alumno _____

Nombre _____ Sexo _____
(Apellido(s)) (Nombre(s))

Reside en el mismo domicilio Sí No

Si es otro el domicilio: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono 1 _____ Tipo de teléfono: Celular Casa Oficina

Teléfono 2 _____ Tipo de teléfono: Celular Casa Oficina

Relación con el alumno _____

OTROS MENORES DE EDAD QUE RESIDAN EN ESTE DOMICILIO

Nombre de los Menores que todavía no se hayan matriculado en la escuela

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Menores que estén matriculados en la escuela

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

¿Se ha recibido algunas indicaciones del tutor legal? No Sí - Explique por favor _____

¿Tiene papeles de Custodia Legal? No Si – Explique por favor _____

Información recopilada por (Nombre del registrante): _____



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Perfil del Idioma Multilingue emergente para estudiantes de Pre- Escuela de Jardín de Infanciaⁱ

*Estimado Padre o Tutor,
Gracias por completar el perfil del idioma de Aprendices Multilingues Emergentes. Esta encuesta ayudará a su nueva escuela con información valiosa sobre la experiencia de su hijo con los idiomas. La información recopilada ayudará a los educadores de Pre-jardín de infancia a impartir instrucción académica y lingüísticamente relevante que ayude al lenguaje y la alfabetización de todos los estudiantes.*

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE INSCRIPCIÓN O DE LA ESCUELA SOLAMENTE Y MANTENIDA EN EL ARCHIVO

Fecha de finalización del perfil:

Nombre del estudiante:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Nombre del distrito o de la organización basada en la comunidad:

Identificación de estudiante (si aplica):

Nombre de la persona que administra el perfil:

Título:

Información de padres o personas en relación parental

Nombre del padre o persona en relación parental:

Relación (con el estudiante) de la persona que proporciona información para este perfil: Madre Padre Otro _____

¿En qué idioma(s) le gustaría recibir información de la escuela? Inglés otra lengua materna: _____

Idioma en el hogar

1. ¿En qué idioma(s) le habla usted (padres o tutores) a su hijo en casa?

2. ¿Cuál es el idioma o cuales son los idioma(s) principal(es) de cada padre o tutor en su casa? (Enumere todos los que se aplican).

3. ¿Hay una niñera en el hogar? Si No

¿Si es sí que idioma(s) habla la niñera con más frecuencia?

4. ¿Qué idioma(s) entiende su hijo?

5. ¿En qué idioma(s) su hijo habla con otras personas?

6. ¿Su hijo tiene hermanos? Si No

¿Si es sí, en que idioma(s) los niños hablan más entre ellos la mayor parte del tiempo?

7a. ¿A qué edad su hijo(a) comenzó a hablar en oraciones cortas?

¿En qué idioma?

7b. ¿A qué edad su hijo(a) comenzó a hablar en oraciones completas?

¿En qué idioma?

8. ¿En qué idioma su hijo pretende al jugar?

9. ¿Cómo ha aprendido su hijo inglés hasta ahora (programas de televisión, hermanos, cuidado de niños, etc.)?

Idioma fuera del hogar/familia

10. ¿Su hijo ha asistido a alguna guardería, Head Start o programa de cuidado infantil? Si No

Si es Si, ¿en qué idioma se llevó a cabo el programa?

¿En qué idioma interactúa su hijo con otras personas en la guardería o en el cuidado de los niños?

11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que su hijo usa con sus amigos?

Metas lingüísticas

12. ¿Cuáles son sus metas lingüísticas para su hijo? Por ejemplo, ¿desea que el niño domine más de un idioma?

13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe? Si No

14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma que no sea inglés para comunicarse con sus parientes o familiares? Si No

Si es Si, ¿en qué idioma(s)?

Alfabetización emergente

15. ¿Su hijo tiene libros en casa o el/ella lee los libros de la biblioteca? Si No

¿En qué idioma(s) se le leen estos libros?

16a. ¿Puede su hijo nombrar letras o sonidos en inglés? Si No

16b. ¿Puede su hijo reconocer letras o símbolos en otro idioma? Si No

¿Si es así, en qué idioma(s)?

17a. ¿Su hijo pretende leer? Si No No está seguro

¿Si es así en que idioma(s)?

17b. ¿Su hijo(a) pretende escribir? Si No No está seguro

¿Si es así en que idioma(s)?

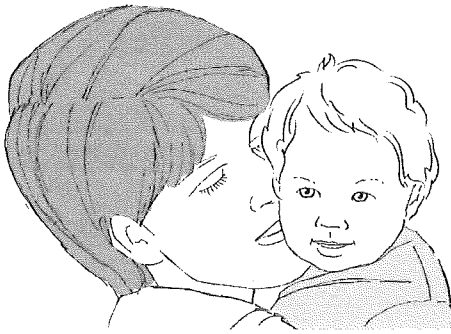
18. ¿Su hijo cuenta las historias de su libros o videos favoritos? Si No

¿Si es así en que idioma(s)?

19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe las metas para su aprendizaje? Si No

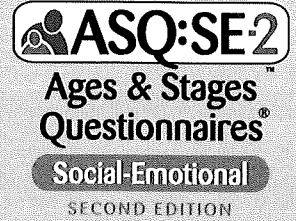
Si es así, ¿qué objetivos describen?

20. Por favor, describa cualquier cosa especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar Prejardín de infantes.



Cuestionario de 48 meses

42 meses 0 días a 53 meses 30 días



Fecha en que se completó el ASQ:SE-2: _____

Información del niño/a

Nombre del niño/a: _____ Inicial del segundo nombre del niño/a: _____ Apellido(s) del niño/a: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Sexo del niño/a: Masculino Femenino

Persona que hace el cuestionario

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/provincia: _____ Código postal: _____

País: _____ Teléfono de casa: _____ Otro # de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Relación con el niño/a: Padre/madre Guardián/tutor Maestro/a Otro: _____
 Abuelo/a u otro pariente Padre/madre de acogida Proveedor de cuidado infantil

Nombres de las personas que ayudan a hacer el cuestionario: _____

Información del programa

(para uso del programa exclusivamente)

| | |
|-----------------------------------|--|
| # de identificación del niño/a: | Edad del niño/a cuando se hizo la evaluación, en meses y días: |
| # de identificación del programa: | |
| Nombre del programa: | |

En las páginas siguientes, usted verá preguntas sobre comportamientos diversos que un niño puede tener. Favor de leer cada pregunta cuidadosamente y marcar el cuadro que mejor describa el comportamiento de su niño/a. También le pedimos que marque el círculo si ese comportamiento le preocupa a usted.


Puntos importantes:

- Conteste las preguntas basándose en lo que usted sabe sobre el comportamiento de su niño/a.
- Conteste las preguntas basándose en el comportamiento que su niño/a muestra *regularmente* y no en el comportamiento que muestra cuando está cansado/a, enfermo/a o con hambre.
- Las personas que están a cargo del niño/a y que lo/la conocen porque pasan más de 15–20 horas por semana con él/ella, deberían hacer un cuestionario ASQ:SE-2 para ese/a niño/a.
- Favor de completar y enviarnos este cuestionario para esta fecha: _____
- Si tiene preguntas o cualquier preocupación sobre su niño/a o sobre este cuestionario, favor de ponerse en contacto con: _____
- Muchas gracias. Le pediremos que haga otro cuestionario ASQ:SE-2 en _____ meses.

| | A MENUDO O SIEMPRE | A VECES | RARA VEZ O NUNCA | MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------|
| 1. ¿Su hijo lo/la mira cuando usted le habla? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 2. ¿Su hija es demasiado apegada a usted (más de lo que usted espera)? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 3. ¿Su hijo habla o juega con adultos que conoce bien? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 4. Cuando su hija está alterada, ¿puede calmarse en un lapso de tiempo de 15 minutos o menos? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 5. ¿A su hijo le gusta que lo abracen o lo acurruquen? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 6. ¿Su hija parece ser demasiado amigable con personas desconocidas? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 7. ¿Su hijo se calma sin ayuda después de participar en actividades estimulantes? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |

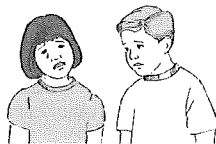


PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA _____


| | A MENUDO O SIEMPRE | A VECES | RARA VEZ O NUNCA | MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------|
| 8. ¿Su hija llora, grita o hace berrinche por períodos largos? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 9. ¿A su hijo le interesan las cosas que lo rodean, como personas, juguetes o comida? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
|  | | | | | |
| 10. ¿Su hija se mantiene seca durante el día? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 11. ¿Su hijo tiene problemas con la alimentación? Por ejemplo, ¿se llena la boca, vomita o come cosas que no son comida o _____? Favor de describir el problema. | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| 12. ¿Usted y su hija disfrutan juntos/as de la hora de la comida? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 13. ¿Su hijo hace lo que usted le pide? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 14. ¿Su hija parece estar contenta? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 15. ¿Su hijo duerme por lo menos 8 horas en un período de 24 horas? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 16. ¿Su hija parece ser más activa que otras niñas de su misma edad? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 17. ¿Su hijo usa palabras para decirle lo que quiere o necesita? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 18. ¿Su hija puede permanecer haciendo actividades que ella disfruta (que no sean mirar la tele, videos o juegos electrónicos) por al menos 10 minutos? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA _____

| | A MENUDO O SIEMPRE | A VECES | RARA VEZ O NUNCA | MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------|
| 19. ¿Su hijo usa palabras para describir sus sentimientos y los sentimientos de otros, por ejemplo, "Estoy contento", "No me gusta eso" o "Ella está triste"? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 20. ¿Su hija puede cambiar de una actividad a otra sin gran dificultad (por ejemplo, deja de jugar cuando es hora de comer)? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 21. ¿Su hijo explora lugares nuevos, como un parque o la casa de un amigo? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 22. ¿Su hija repite la misma acción una y otra vez y se altera cuando usted intenta detenerla? Por ejemplo, ¿se mece, agita las manos, da vueltas, o _____? Favor de describir qué hace su niña. _____ _____ | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 23. ¿Su hijo se lastima a propósito? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 24. ¿Su hija sigue las reglas en casa o en donde la cuidan? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 25. ¿Su hijo destruye o daña las cosas a propósito? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 26. ¿Su hija se mantiene alejada de los peligros, como el fuego o los carros (autos) en movimiento? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 27. ¿Su hijo puede decir el nombre de un amigo? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 28. ¿Su hija se preocupa por los sentimientos de otras personas? Por ejemplo, ¿se ve triste cuando alguien se lastima? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 29. ¿A los otros niños les gusta jugar con su hija? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |



PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA _____

| | A MENUDO O SIEMPRE | A VECES | RARA VEZ O NUNCA | MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------|
| 30. ¿A su hijo le gusta jugar con otros niños?  | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 31. ¿Su hija intenta lastimar a otros niños, adultos o animales (por ejemplo, los patea o los muerde)? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 32. ¿Su hijo muestra un interés en la sexualidad o usa lenguaje sexual que no es común para los niños de su edad? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 33. ¿Su hija se despierta tres veces o más durante la noche? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 34. ¿Su hijo se muestra excesivamente preocupado o temeroso? Si usted marcó "a veces" o "a menudo o siempre", por favor explique: _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 35. ¿Su hija tiene conversaciones sencillas con usted? Por ejemplo, Madre: "Está lloviendo" Hija: "Y hace frío afuera" Madre: "Vamos por tu abrigo" Hija: "Ya lo tengo" | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 36. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su hijo? Si usted marcó "a veces" o "a menudo o siempre", por favor explique: _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA _____

OBSERVACIONES GENERALES Use el espacio provisto aquí para hacer comentarios adicionales.

37. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre los hábitos de su hija en relación a comer, dormir o ir al baño? Si es así, por favor explique: SÍ NO

38. ¿Hay algo que le preocupa de su hijo? Si es así, por favor explique: SÍ NO

39. ¿Qué es lo que usted disfruta de su niño?

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE KINGSTON

HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

| | | | | |
|---|--------------------------|--|---|--|
| Nombre: | | FDN: Grado: | Edad: | Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |
| Padres/Tutor: (persona completando el formulario) | | Teléfono de casa: Teléfono Celular: | | Fecha: |
| Ha tenido alguna vez: | SI | NO | Si Sí, por favor explique e incluya la fecha: | |
| Tiene alguna condición médica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Ha visto a un médico especialista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Tuvo Alergias: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> comida <input type="checkbox"/> medio ambiente <input type="checkbox"/> insectos <input type="checkbox"/> medicamento <input type="checkbox"/> otros | |
| Ha sido hospitalizado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Ha sido operado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Tuvo una lesión que requirió una visita a la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Faltó 5 días seguidos de escuela debido a una enfermedad / lesión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Tuvo una lesión ósea/muscular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Se desmayó, tuvo una conmoción cerebral o una lesión grave en la cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Tuvo una convulsión/ataque médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Tuvo problema de Visión o condición médica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> lentes <input type="checkbox"/> lentes de contacto | |
| Tuvo infección de oído o condición médica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> aparato auditivo <input type="checkbox"/> Implante Auditivo | |
| Puente Dental, frenillos o dentadura postiza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Algún miembro de familia menor de 50 Años: | SI | NO | Si, es si, por favor especificar: | |
| Tuvo un ataque al corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Tuvo otros problemas de salud graves | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

VERIFIQUE TODO LO QUE APLIQUE A SU HIJO:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Condiciones GI (ulceras, reflujo, IBS) | <input type="checkbox"/> ansiedad, OCD, ODD, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Asma/problema de respiración | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Autismo/Asperger | <input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas | <input type="checkbox"/> Solo un organo (<input type="checkbox"/> riñones, <input type="checkbox"/> testículos) |
| <input type="checkbox"/> Lesiones Dentales | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Condición de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Problema del Habla |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído | <input type="checkbox"/> (depresión, trastorno alimentario, | <input type="checkbox"/> Problema Urinario |

| MEDICAMENTOS ACTUALES | SI | NO | Por favor, enumere el nombre, la dosis, la hora(s) |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Dado en la escuela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tomado en casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| EQUIPO DE ASISTENCIA | YES | NO | Por favor, marque todo lo que corresponda |
| Durante o fuera de la escuela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> caminante <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> otro: |
| TRATAMIENTOS | SI | NO | |
| Durante o fuera de la escuela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> insulina/monitorización de la glucosa en la sangre <input type="checkbox"/> inhalador/nebulizador/monitoreo de flujo máximo <input type="checkbox"/> dieta especial |

¿Hay alguna condición que impida que su hijo participe en la educación física o los deportes?

No Si: _____

Por favor, enumere cualquier inquietud adicional: (use el reverso de la hoja si es necesario) _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

KINGSTON CITY SCHOOL DISTRICT

Meagher Administration Building

21 Wynkoop Place

Kingston, NY 12401-3879

Dr. Paul J. Padalino
Superintendent of Schools

DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO/ARRENDADOR EN APOYO DE LA RESIDENCIA EN EL DISTRITO ESCÓLAR DE LA CIUDAD DE KINGSTON

Yo, _____ propietario o administrador de la propiedad de la vivienda ubicada
(Nombre del propietario de la propiedad/Propietario o Administrador de la Propiedad)

(Dirección de la calle/Apt #)

(Ciudad, Estado, Código Postal)

Por la presente certificamos que estoy alquilando espacio en esta vivienda en un _____ base a partir de _____
(Semanal/mensual/anual) (Fecha)

Las siguientes personas se identifican como inquilinos que tienen derecho a ser ocupantes de la vivienda.:

- Padre/Tutor: _____
- Padre/Tutor: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

El pago de la cuenta de Electricidad está incluido en la renta: Si: _____ No: _____

Yo certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta y que las declaraciones hechas en este documento se están haciendo bajo la pena de perjurio, sabiendo que el Distrito Escólar de la Ciudad de Kingston confiara en ellos para determinar si el niño o los niños mencionados anteriormente residen en el Distrito Escólar.

(Firma del propietario/arrendador o administrador de la propiedad)

Juró antes que yo en esté
_____ Day of _____ de, 20____

(Imprimir nombre)

(Notary Public)
State of:
County of: