

INSCRIPCIÓN PARA ALUMNOS NUEVOS

Bienvenidos al Distrito Escolar de la Ciudad de Kingston

A los alumnos nuevos se les inscribe haciéndose primero una cita en el Administrative Building que está en la 21 de la Wynkoop Place, Kingston, New York. La oficina del Secretario se abre a partir de las 9:00 de la mañana hasta las 3:00 de la tarde durante el año escolar y de las 9:00 de la mañana a las 2:00 de la tarde durante todo el verano. Los padres deben obtener y rellenar un paquete de formularios para la inscripción antes de llamar para poner la cita. Estos paquetes se los puede recoger en la oficina del Secretario y en cada uno de nuestras escuelas. Para poner una cita, llamar por favor al 845-943-3011.

ATENCIÓN POR FAVOR

1. El padre o tutor legal tiene que estar presente a la hora de inscribirse y también a la primera visita a la escuela.
2. La inscripción se hace en dos etapas. Después de la reunión con el Secretario, el padre y el alumno visitan el edificio de la escuela donde asistirá el alumno. En esa ocasión es cuando se le fijará cual será su maestro y qué horario le va a tocar, así como se designará el transporte escolar que habrá.

Documentos que se necesita tener para la inscripción

Formularios que se tienen que rellenar para la inscripción:

1. Formulario de inscripción del alumno
2. Formulario para solicitud de documentos - no es necesario para el jardín de infancia
3. Formulario para el estado de salud del alumno
4. Formulario para las vacunaciones
5. Formulario para el cuestionario sobre los idiomas que se hablan en casa
6. Tarjeta para el permiso de que regrese a casa el alumno en caso de emergencia

¿Alguna pregunta? Favor de llamar a Christina Madrid (845) 943-3522.

KINGSTON CITY SCHOOL DISTRICT

21 Wynkoop Place
Kingston, NY 12401

Dr. Paul J. Padalino

Superintendent of Schools

No se permitirá al alumno asistir a la escuela sino la prueba de los documentos siguientes

LISTA DE DOCUMENTOS PARA LA INSCRIPCION

_____ **Partida de nacimiento**

_____ **Expediente de la inmunización**

Preparado por un médico o una persona autorizada que administra a agente de inmunización y especificará las vacunas dadas y las fechas de la administración

_____ **Documentos de tutela legal:** necesario en el caso de divorcio o cuando se ha casado nuevamente

_____ **Identificación con foto de uno de los padres o del tutor:** licencia de manejar

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

Hace falta una de las siguientes pruebas:

A. se es dueño de casa

1. presentar la cuenta de servicios públicos—una solamente (electricidad, teléfono, agua); deberá tener el nombre y la dirección de la propiedad o residencia

B. Alquiler

1. Contrato para alquilar en el que aparezca el nombre del padre o del tutor y la propiedad o residencia
2. El nombre del padre debe constar en el contrato de arrendamiento
3. La cuenta más reciente de algún servicio público, ya sea de electricidad, de teléfono, de agua)—basta una sola—y que contenga el nombre y la dirección de la propiedad o residencia

C. Formulario para la verificación del propietario de casa alquilada—tiene que ser avalada por Notario Público

1. Que sea rellenado por el dueño en el aquellos casos en que no exista contrato
Caso esté viviendo con un pariente, dicha persona debe de rellenar el formulario y también proporcionarle a usted una cuenta de luz, de teléfono, o de agua en la que estén el nombre del pariente y la dirección de la propiedad o residencia

**No se aceptarán como prueba de residir aquí los siguientes: Licencia de Manejar, Talonario de Cheques, Recibo de Pago del Alquiler, Tarjetas de Seguro de Auto, y Extractos de Cuenta Bancaria

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 de pila

Raza (elijan 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 tutela legal o advertencias al tutor?** No Sí

Explique por favor:

Hizo algún curso anterior al jardín de infancia? Sí No

Alguna vez asistió a la escuela en el sistema de Kingston? Sí _____ No _____

Si sí, en qué escuela _____ qué año o años hizo _____

Nombre de la escuela que asistió por último Calificaciones recibidas _____

Dirección de la escuela que asistió por último _____

Teléfono/fax (indique cuál si sabe) _____

Si es escuela preparatoria o secundaria, indique la fecha en que empezó el Noveno Año _____

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. ¿Dónde vive actualmente es situación provisoria? Sí No

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

2. La situación provisoria de vivienda es resultado de haber quedado sin casa o por alguna dificultad económica? Sí No

¿Dónde vive actualmente el alumno?

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

Mudándose constantemente

En un lugar no apto para las comodidades normales para estarse en la noche, tal como en un auto, en un parque, o en un sitio para el camping.

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

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 inquilino propietario de unidad en un parque de casas móviles o condominio no sabe

Comprueba vivir aquí mediante: Declaración de la hipoteca Carta cobrando la contribución territorial Declaración de bienes inmobiliarios cuenta de servicios domiciliarios como la luz, el gas natural, etc. Contrato de alquiler Formulario para la verificación del casateniente Otro

TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL

School Assignment _____ Teacher _____ Grade _____ Homeroom # _____

Date of enrollment _____ Bus # _____ Student ID # _____

Proof of Birth: Alien Card Birth Certificate Passport Other (Specify)

High school only: Advisor (Assistant Principal) _____

Counselor _____

INFORMACIÓN QUE SE RELLENARÁ PARA LOS PADRES O TUTORES QUE RESIDAN 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 De la casa Oficina

Teléfono 2 _____ Tipo de teléfono: Celular De la 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 _____

Actualmente en Servicio Militar SÍ NO If SÍ, Fecha de inscripción: _____ Fecha de salida _____

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 De la casa Oficina

Teléfono 2 _____ Tipo de teléfono: Celular De la 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 _____

Actualmente en Servicio Militar SÍ NO If SÍ, Fecha de inscripción: _____ Fecha de salida _____

INFORMACIÓN QUE SE RELLENARÁ EN EL CASO DEL PADRE O DE LA MADRE O DEL TUTOR QUE NO RESIDA 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 De la casa Oficina

Teléfono 2 _____ Tipo de teléfono: Celular De la casa Oficina

¿A qué número llamamos primero? _____

Actualmente en Servicio Militar SÍ NO If SÍ, Fecha de inscripción: _____ Fecha de salida _____

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

Nombre _____
(Apellido o Apellidos) (Nombre o Nombres)

Reside en el mismo domicilio Sí No

Si es otro el domicilio:

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono 1 _____ Tipo de teléfono: Celular De la casa Oficina

Teléfono 2 _____ Tipo de teléfono: Celular De la casa Oficina

Relación con el alumno _____

Nombre _____
(Apellido o Apellidos) (Nombre o Nombres)

Reside en el mismo domicilio Sí No

Si es otro el domicilio: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono 1 _____ Tipo de teléfono: Celular De la casa Oficina

Teléfono 2 _____ Tipo de teléfono: Celular De la 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 alguna advertencia al tutor? No Sí Explique por favor

¿Se tiene los documentos de tutelas? No Sí Explique por favor



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

*Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas.
Gracias.*

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

FECHA DE NACIMIENTO:

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

GÉNERO:

Masculino
 Femenino

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL

Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante
----------	---------------	----------------------------

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	_____	<input type="checkbox"/> Padre	_____
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____		<i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe hablar
			<i>especifique</i>	
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe leer
			<i>especifique</i>	
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe escribir
			<i>especifique</i>	

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Sí* **No** **No se sabe** * En caso afirmativo, por favor explique : _____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? Poca gravedad Algo grave Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? No Sí* * Por favor, llene 10b.

10b. *Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

No Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? No Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?
(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal _____
Date

Relación con el estudiante: Madre Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: No Yes

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

MO. DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: ADMINISTER NYSITELL
 ENGLISH PROFICIENT
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

MO. DAY YR.

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

KINGSTON CITY SCHOOL DISTRICT

21 Wynkoop Place
Kingston, NY 12401-3879

Dr. Paul J. Padalino

Superintendent of Schools

**FORMULARIO PARA LA VERIFICACIÓN DEL PROPIETARIO DE
CASA ALQUILADA**

Fecha: _____

Re: Nombre del alumno:

Año
escolar:

Nombre del alumno: _____

Año
escolar: _____

Nombre del alumno: _____

Año
escolar: _____

Nombre del alumno: _____

Año
escolar: _____

Se pide confirmación de que la siguiente persona: _____

(Nombre del inquilino)

es inquilino que alquila de mes a mes el inmueble que se ubica en la siguiente dirección:

Firma del propietario:

Nombre y dirección:

Número de teléfono:

Jurado ante a mí este día del _____

de _____ de 20 _____

Notario Público

Estado de:

Condado de:


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. ¿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	_____
4. ¿Su hija habla o juega con adultos que conoce bien?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
5. Cuando su hijo está alterado, ¿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	_____
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 parece estar contenta?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
9. ¿Su hijo llora, grita o hace berrinche por períodos largos?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
10. ¿A su hija le interesan las cosas que la rodean, como personas, juguetes o comida?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
					
11. ¿Su hijo va solo al baño? (Está bien si usted tiene que recordarle o ayudarle a limpiarse.)	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
12. ¿Su hija 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	_____

13. ¿Su hijo puede permanecer haciendo actividades que él disfruta (que no sean mirar la tele, videos o juegos electrónicos) por al menos 15 minutos?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
14. ¿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	_____
15. ¿Su hijo hace lo que usted le pide? Por ejemplo, ¿se lava las manos o toma su turno cuando se lo pide?	<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 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	_____

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA _____

	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
18. ¿Su hija usa palabras para decirle lo que quiere o necesita?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input checked="" type="radio"/> v	_____
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 niño/a. _____ _____	<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 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	_____
28. ¿A los otros niños les gusta jugar con su hija? 	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input checked="" type="radio"/> v	_____

PUNTAJE TOTAL DE LA PAGINA _____

	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
29. ¿A su hijo le gusta jugar con otros niños?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input checked="" type="radio"/> v	_____
30. ¿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	_____
31. ¿Su hijo respeta turnos y comparte cuando juega con otros niños?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input checked="" type="radio"/> v	_____
32. ¿Su hija 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 hijo 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 hija se muestra excesivamente preocupada o temerosa? 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 hijo tiene conversaciones sencillas con usted? Por ejemplo, Madre: "Está lloviendo" Hijo: "Y hace frío afuera" Madre: "Vamos por tu abrigo" Hijo: "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 hija? 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 hijo 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 hija? 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"/> Asma/problema de respiración
<input type="checkbox"/> Autismo/Asperger
<input type="checkbox"/> Lesiones Dentales
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Infecciones de oído | <input type="checkbox"/> Condiciones GI (ulceras, reflujo, IBS)
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas
<input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas
<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta
<input type="checkbox"/> Condición de Salud Mental (depresión, trastorno alimentario, | ansiedad, OCD, ODD, etc.)
<input type="checkbox"/> Escoliosis
<input type="checkbox"/> Solo un organo (<input type="checkbox"/> riñones, <input type="checkbox"/> testículos)
<input type="checkbox"/> Problemas de la piel
<input type="checkbox"/> Problema del Habla
<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: _____