

# 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 (elijá 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



Lissette 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 _____      |
|  |                                    | <i>especifique</i>            | <i>especifique</i>                        |
|  | <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.

**Si\***     **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.<br>_____<br>_____ | <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?<br>  | <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:<br><br>_____<br>_____<br>_____                    | <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,<br>Madre: "Está lloviendo"<br>Hijo: "Y hace frío afuera"<br>Madre: "Vamos por tu abrigo"<br>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:<br><br>_____<br>_____<br>_____        | <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?

---

---

---

# Kingston City School District

## Historia médica del estudiante para inscripciones y atletas

|  |                          |                          |  |   |
|--|--------------------------|--------------------------|--|---|
| Nombre:  |                          | Fecha de nacimiento:     |  | Sexo:   |
| Padre / Guardian:<br>(persona completando este formulario)   |                          | Edad:                    | Grado:   | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
|  |                          | Teléfono de casa:        |  | Fecha:  |
|  |                          | Número celular:          |  |   |
| <b>Su niño/a alguna vez:</b>   | <b>SÍ</b>                | <b>N</b>                 | <b>Al contestar "sí", por favor explicar y dar fechas:</b>   |   |
| Ha tenido una condición médica recurrente/ visto un especialista   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |   |
| Ha tenido alergias:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> alimentarias <input type="checkbox"/> ambientales <input type="checkbox"/> insectos<br><input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> otras |   |
| Ha sido hospitalizado/tenido una operación   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |   |
| Ha tenido lesiones que requieren una visita al salón de  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |   |
| Ha faltado a la escuela 5 días consecutivos debido a una   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |   |
| Ha tenido una lesión de los huesos o músculos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |   |
| Ha tenido desmayos, contusión cerebral o lesión de cabeza grave  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |   |
| Ha tenido convulsiones / ataques   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |   |
| Ha tenido una condición o problema de vista  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> anteojos <input type="checkbox"/> lentes de contacto  |   |
| Ha tenido una condición o problema de audición   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> aparato auditivo <input type="checkbox"/> implantes cocleares   |   |
| Ha tenido un puente dental, ortodóntica o boquilla   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |   |
| <b>Antecedentes cardíacos</b>  | <b>SÍ</b>                | <b>NO</b>                | <input type="checkbox"/> <b>Al contestar "sí", por favor especificar:</b>  |   |
| ¿Alguien en su familia inmediata ha tenido antecedentes cardíacos graves, como: ataque cardíaco o muerte cardíaca súbita menor de 50 años, ¿taquicardia, marcapasos, miocardiopatía, defectos estructurales, defectos cardíacos genéticos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |   |
| ¿Su estudiante ha tenido latidos cardíacos irregulares, síntomas durante o después del ejercicio, desmayos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |   |

**Indicar todos los que apliquen a su niño/a:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD (TDAH)                            | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, migrañas | <input type="checkbox"/> Escoliosis  |
| <input type="checkbox"/> Asma/ problemas respiratorios          | <input type="checkbox"/> Condiciones cardíacas     | <input type="checkbox"/> Un solo órgano ( <input type="checkbox"/> riñón <input type="checkbox"/> testículo) |
| <input type="checkbox"/> Autismo/Asperger                       | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta     | <input type="checkbox"/> Condición de la piel  |
| <input type="checkbox"/> Lesiones dentales                      | <input type="checkbox"/> Condición de salud mental | <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                               | (depresión, trastornos alimentarios                | <input type="checkbox"/> Condición urinaria  |
| <input type="checkbox"/> Infecciones auditivas                  | ansiedad, OCD, ODD                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Condiciones GI (úlceras, reflujo, IBS) |  |  |

| Medicamentos actuales         | SÍ                       | NO                       | Por favor, alistar los nombres, dosis y hora(s)  |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Dado en la escuela            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Tomado en casa                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Equipo adaptivo               | SÍ                       | NO                       | Por favor, marcar todos los que apliquen   |
| Durante o fuera de la escuela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> andaderas ortopédica <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> otro:                         |
| Tratamientos                  | SÍ                       | NO                       |  |
| Durante o fuera de la escuela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> insulina/monitorización de sangre <input type="checkbox"/> Dieta especial<br><input type="checkbox"/> inhalador/ nebulizador/ medidor de flujo máximo |

Hay alguna condición que impediría que su niño/a pueda participar en clases de educación física o deportes?

No  Sí:

Por favor incluir otras preocupaciones: (usar el otro lado de esta hoja si es necesario)

Padre/ Guardian Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_