

# 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

\_\_\_\_\_ **Expedientes escolares**

Para los estudiantes que hayan asistido ya a otra escuela:

1. Copia del boletín de calificaciones más reciente
2. Expediente académico (no hace falta para la inscripción en el jardín de infancia);  
Para estudiantes con necesidades especiales - copia más reciente de IEP

\_\_\_\_\_ **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. Alquila
  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



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:

# Kingston City School District

## Solicitud para obtener documentos

A quién corresponda:

Se informa que mi hijo o mi hija \_\_\_\_\_ el cual o la cual anteriormente se encontraba matriculada en su escuela, ahora se ha trasladado al Distrito Escolar de la Ciudad de Kingston. Le autorizo por este medio a que envíe a la escuela indicada abajo la información siguiente sobre mi hijo o mi hija: la documentación completa del trabajo académico (**\*incluyéndose todo lo que se refiera a los laboratorios científicos a nivel de escuela preparatoria**); los documentos que indiquen estado de salud; documentos que indiquen la asiduidad en la asistencia a la escuela; los resultados de todo examen estandarizado; toda información de orientación; informes psicológicos; y demás información que se considere parte del expediente permanente del alumno.

Fecha de nacimiento del alumno: \_\_\_\_\_

Firma del padre o de la madre o del tutor: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela que asistió anteriormente y dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de la Escuela \_\_\_\_\_

Número de Fax \_\_\_\_\_

Lista de escuelas que se encuentran dentro del siguiente prefijo telefónico 845:

\_\_\_\_\_ CHAMBERS SCHOOL  
945 Morton Blvd.  
Kingston, NY 12401-1399  
(845) 943-3392/Fax: (845) 336-5616

\_\_\_\_\_ EDWARD R. CROSBY SCHOOL  
767 Neighborhood Road  
Lake Katrine, NY 12449-5337  
(845) 943-3333/ Fax: (845) 382-2668

\_\_\_\_\_ HARRY L. EDSON SCHOOL  
116 Merilina Ave Ext.  
Kingston, NY 12401-4226  
(845) 943-3362  
Fax: (845) 331-9034

\_\_\_\_\_ ROBERT GRAVES SCHOOL  
345 Mountain View Avenue  
(P.O. Box 549)  
Port Ewen, NY 12466-0549  
(845) 943-3422/Fax: (845) 338-3049

\_\_\_\_\_ ERNEST C. MYER SCHOOL  
Millbrook Avenue  
(P.O. Box 297)  
Hurley, NY 12443-0297  
(845) 943-3484/Fax: (845-331-1520)

\_\_\_\_\_ GEORGE WASHINGTON SCHOOL  
7 Wall Street  
Kingston, NY 12401-4854  
845) 943-3513/Fax: (845)338-3041

\_\_\_\_\_ JOHN F. KENNEDY SCHOOL  
107 Gross Street  
Kingston, NY 12401-5598  
(845) 943-3102/Fax: (845)331-2477

\_\_\_\_\_ J. WATSON BAILEY MIDDLE SCHOOL  
118 Merilina Ave. Ext.  
Kingston, NY 12401-4225  
845) 943-3572(Guidance)/Fax: (845)943-3240

\_\_\_\_\_ M C MILLER MIDDLE SCHOOL\*  
65 Fording Place Road  
Lake Katrine, NY 12449-5221  
(845) 943-3638

\_\_\_\_\_ KINGSTON HIGH SCHOOL  
403 Broadway  
Kingston, NY 12401-4617  
(845) 331-1970/ Fax: (845) 331-0517

\*Favor de incluir todos los laboratorios de ciencia a nivel de high school

**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:
<b>Ha tenido alguna vez:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Si Sí, por favor explique e incluya la fecha:</b>	
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"/>		
<b>Algún miembro de familia menor de 50 Años:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Si, es si, por favor especificar:</b>	
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 (depresión, trastorno alimentario, | <input type="checkbox"/> Problema del Habla  |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído          |   | <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: \_\_\_\_\_