

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

Kingston City School District

Historia médica del estudiante para inscripciones y atletas

| | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------------|--|
| Nombre: | | Fecha de nacimiento: | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Padre / Guardian: (persona completando este formulario) | | Edad: Grado: | Teléfono de casa: Número celular: |
| Su niño/a alguna vez: | | SÍ | N |
| Al contestar "sí", por favor explicar y dar fechas: | | | |
| 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 <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"/> |
| Antecedentes cardíacos | SÍ | NO | <input type="checkbox"/> Al contestar "sí", por favor especificar: |
| ¿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 <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: _____