

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA _____ Año Escolar _____ Nombre de la escuela _____

Curso _____ Estudiante local # _____ Documento de identificación de la persona _____
MES/DÍA/AÑO

Fecha de hoy _____ Fecha de Inicio de la matrícula _____ Estado de inicio de la matrícula _____

Vacunas recibidas: Sí No

Información del estudiante

Nombre legal del estudiante _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Nombre preferido (si procede) _____ Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____
MES/DÍA/AÑO

¿Dónde nació el estudiante? _____ ¿Cuándo fue la primera vez que el estudiante fue a la escuela en los Estados Unidos? _____
MES/DÍA/AÑO

¿A qué escuela asistió el estudiante por última vez? _____ ¿El estudiante es hispano o latino? Sí No

¿Cuál es la raza o etnia del estudiante? Marque todas las que correspondan.

Indio americano/nativo de Alaska Asiático Negro/afroamericano Nativo de Hawai/de otras islas del Pacífico Blanco

¿Está el estudiante viviendo temporalmente con otros debido a la falta de vivienda permanente, viviendo en un albergue, viviendo en un motel/hotel o no tiene hogar? Sí No

¿Tiene el estudiante un padre o tutor en el Servicio Activo, Guardia Nacional o componente de Reserva de los Servicios Militares de los Estados Unidos? Sí No

¿Tiene el estudiante un Programa de Educación Individualizado (IEP), un Plan de Servicio Familiar Individual (Individual Family Service Plan, IFSP), un Plan 504 o recibe otra programación especial? IEP IFSP 504 Otro

Información médica

Consulte con el director de la escuela y la enfermera los planes de tratamiento durante las horas escolares.

¿Tiene el estudiante alguna condición médica grave?

Diabetes Asma Epilepsia Enfermedad cardíaca Desorden de déficit de atención (Attention Deficit Disorder, ADD)/Déficit de Atención con Hiperactividad Cirugía importante Problemas de visión/audición Otro

¿Es el estudiante alérgico a algo (comida, insecto, medicación, condición ambiental)? Sí No

En caso afirmativo, señale: _____

¿Toma el estudiante algún medicamento (incluidos los inhaladores)? Sí No

En caso afirmativo, señale: _____

Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar de Maryland

De acuerdo con los requisitos federales y estatales, la encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar se administra a todos los estudiantes y solo para determinar si un estudiante necesita servicios de apoyo en idioma inglés. No se utiliza para asuntos de inmigración o para denunciar ante las autoridades de inmigración.

Si se indica un idioma diferente al inglés en dos o más de las tres preguntas a continuación, se evaluará al estudiante para que acceda a los Servicios de apoyo en idioma inglés. Pueden considerarse criterios adicionales para la prueba.

1. ¿En qué idioma aprendió el estudiante a hablar? _____

2. ¿Qué idioma usa el estudiante con más frecuencia para comunicarse? _____

3. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en su casa? _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL – *Continuación*

HOGAR PRINCIPAL – esta es la dirección donde vive el estudiante la mayor parte del tiempo. Si el estudiante vive en dos domicilios, llene también la sección “Hogares secundarios”

Dirección física _____

Dirección de correspondencia (si es diferente) _____

Número de teléfono del hogar _____

Padre/tutor 1

Nombre del padre/tutor legal _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Idioma preferido _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre de acogida Madrastra/padrastro Otro: _____

Dirección de correo electrónico _____ Número telefónico de Móvil _____ Número telefónico del trabajo _____

Vive con el estudiante Sí No

Tiene custodia legal del estudiante Sí No

Tiene permiso para recoger al alumno Sí No

Recibe envíos para el estudiante Sí No

Si tiene acceso al Portal del Campus (acceso en línea a las calificaciones y la información de asistencia; visite www.baltimorecityschools.org/campus-portal) Sí No

Padre/tutor 2

Nombre del padre/tutor legal _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Idioma preferido _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre de acogida Madrastra/padrastro Otro: _____

Dirección de correo electrónico _____ Número telefónico de Móvil _____ Número telefónico del trabajo _____

Vive con el estudiante Sí No

Tiene custodia legal del estudiante Sí No

Tiene permiso para recoger al alumno Sí No

Recibe envíos para el estudiante Sí No

Si tiene acceso al Portal del Campus (acceso en línea a las calificaciones y la información de asistencia; visite www.baltimorecityschools.org/campus-portal) Sí No

HOGAR SECUNDARIO – complete solo si corresponde (por ejemplo, custodia legal compartida).

Dirección física _____

Dirección de correspondencia (si es diferente) _____

Número de teléfono del hogar _____

Padre/tutor 1

Nombre del padre/tutor legal _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Idioma preferido _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre de acogida Madrastra/padrastro Otro: _____

Dirección de correo electrónico _____ Número telefónico de Móvil _____ Número telefónico del trabajo _____

Vive con el estudiante Sí No

Tiene custodia legal del estudiante Sí No

Tiene permiso para recoger al alumno Sí No

Recibe envíos para el estudiante Sí No

Si tiene acceso al Portal del Campus (acceso en línea a las calificaciones y la información de asistencia; visite www.baltimorecityschools.org/campus-portal) Sí No

Padre/tutor 2

Nombre del padre/tutor legal _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Idioma preferido _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre de acogida Madrastra/padrastro Otro: _____

Dirección de correo electrónico _____ Número telefónico de Móvil _____ Número telefónico del trabajo _____

Vive con el estudiante Sí No

Tiene custodia legal del estudiante Sí No

Tiene permiso para recoger al alumno Sí No

Recibe envíos para el estudiante Sí No

Si tiene acceso al Portal del Campus (acceso en línea a las calificaciones y la información de asistencia; visite www.baltimorecityschools.org/campus-portal) Sí No

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL – Continuación

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR – enumere cualquier otra persona, incluidos los niños, que viven con el estudiante (por ejemplo, hermanos, abuelos, etc.). Enumere a los miembros adicionales de la familia en una hoja de papel por separado.

Miembros del hogar

Nombre para efectos legales _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Relación con el estudiante _____
MES/DÍA/AÑO

¿Es esta persona un estudiante actual de City Schools? Sí No ¿Vive esta persona en el hogar principal o secundario? Principal Secundario

Miembros del hogar 2

Nombre para efectos legales _____

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Relación con el estudiante _____
MES/DÍA/AÑO

¿Es esta persona un estudiante actual de City Schools? Sí No ¿Vive esta persona en el hogar principal o secundario? Principal Secundario

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia #1

Nombre para efectos legales _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Idioma preferido _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre de acogida Madrastra/padrastro Otro: _____

Número telefónico de Móvil _____ Número de casa _____ Número telefónico del trabajo _____

Contacto de emergencia #2

Nombre para efectos legales _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Idioma preferido _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre de acogida Madrastra/padrastro Otro: _____

Número telefónico de Móvil _____ Número de casa _____ Número telefónico del trabajo _____

Estoy de acuerdo en que la información proporcionada es completa y precisa. Entiendo que esta información está siendo utilizada por el distrito escolar para propósitos de matricular a mi estudiante. Entiendo que la información incompleta o inexacta puede demorar, impedir o invalidar la matrícula de mi hijo en la escuela. Estoy de acuerdo en informar de manera oportuna al distrito escolar sobre cualquier cambio en esta información, incluidos los cambios en la residencia de mi hijo.

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor _____

Firma _____ Fecha _____
MES/DÍA/AÑO

Escuela City Springs # 08

Una escuela charter del proyecto curricular de Baltimore

Rhonda Richetta, Directora

rrichetta@bcps.k12.md.us

100 South Caroline Street

Baltimore, Maryland 21231

<http://www.baltimorecityschools.org/8>

(410) 396-9198 (tel.)

(410) 396-8632 (fax)

rrichetta@bcps.k12.md.us

Queridos Padres y Encargados:

La escuela City Springs cree en el poder de la tecnología para mejorar el rendimiento estudiantil y la participación de los padres. Con frecuencia presentamos a nuestros estudiantes en nuestro sitio web y en las redes sociales. Sabemos que a usted le gustaría ver las fotografías de sus hijos. Imágenes que muestran las grandes cosas que están haciendo cada día. Sin embargo, necesitamos su permiso para hacerlo.

Hoja de Permiso de fotografía y video / Formulario de autorización

De vez en cuando, tenemos eventos especiales como producciones musicales, asambleas, eventos deportivos, exhibiciones de arte estudiantil, celebraciones y otras actividades. Nos gusta capturar estos momentos especiales en cámara y video. Las fotos y los nombres de los estudiantes pueden publicarse en el Proyecto de Currículo de Baltimore y en el sitio web de City Springs, en la aplicación City Springs, en los sitios de redes sociales de City Springs (Facebook, Twitter, etc.), en el edificio de la Escuela de City Springs, en boletines, en el Reporte Anual del Proyecto de Currículo de Baltimore. En folletos del Proyecto de Currículo de Baltimore, otras publicaciones en línea e impresas del Proyecto de Currículo de Baltimore, y noticias locales para transmisiones televisivas, publicaciones en línea o impresas.

Por favor, marque uno:

doy permiso para mi hijo (a) _____ sea fotografiado y/o grabado en vídeo para todas las ubicaciones y medios arriba mencionados.

Si alguna vez cambio de opinión y decido que quiero revocar el permiso para fotografiar y/o grabar en video a mi hijo, enviaré una carta a City Springs dirigida a Rhonda Richetta, directora pidiendo que se revoque mi permiso.

No quiero que mi hijo sea fotografiado o grabado en video.

Firma del Padre: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

La escuela City Springs es operada por el Proyecto de Currículo de Baltimore, una organización sin fines de lucro local que celebra una década de servicio y aprendizaje estudiantil en Baltimore.

PARTE I - EVALUACIÓN DE SALUD

Debe ser completada por el padre o tutor

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|---|---|-------------|
| Nombre del niño: | | Fec. de nac.: | | Sexo | |
| _____ Apellido Primer nombre Segundo nombre | | _____ Mes / Día / Año | | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | |
| Dirección: | | | | | |
| _____ Número Calle | | _____ N.º de apto. Ciudad | | _____ Estado Código postal | |
| Nombre del padre/tutor | | Parentesco | Números de teléfonos | | |
| _____ | | _____ | Oficina: _____ | Celular: _____ | Casa: _____ |
| _____ | | _____ | Oficina: _____ | Celular: _____ | Casa: _____ |
| Proveedor de atención médica de rutina de su hijo | | Proveedor de atención dental de rutina de su hijo | | Última cita del niño para | |
| Nombre: _____ | | Nombre: _____ | | Evaluación física: _____ | |
| Dirección: _____ | | Dirección: _____ | | Atención dental: _____ | |
| N.º de teléfono _____ | | N.º de teléfono _____ | | Cualquier especialista: _____ | |
| EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO: según su leal saber y entender, ¿su hijo ha tenido algún problema con lo siguiente? Marque Sí o No y escriba un comentario por todas las respuestas afirmativas. | | | | | |
| | Sí | No | Comentarios (obligatorios para cualquier respuesta afirmativa) | | |
| Alergias (alimentos, insectos, medicamentos, látex, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Alergias (estacionales) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Asma o respiración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Conductual o emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Anomalía(s) congénita(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Vejiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Sangrado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Intestinos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Tos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Comunicación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Retraso del desarrollo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Oídos o sordera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Ojos o visión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Alimentación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Traumatismo craneal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Hospitalización (cuándo, dónde) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Envenenamiento/exposición al plomo (complete DHMH4620) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Reacciones alérgicas mortales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Limitaciones en la actividad física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Meningitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Dispositivos de asistencia para movilidad (si hubiere alguno) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Prematuridad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Habla/Lenguaje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Cirugía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Su hijo toma medicamentos (recetados o sin receta) en algún momento? ¿O por una condición médica permanente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, nombre(s) del (de los) medicamento(s): _____ | | | | | |
| ¿Su hijo recibe algún tratamiento especial? (nebulizador, inyección de epinefrina [EPI Pen], insulina, asesoría, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, tipo de tratamiento: _____ | | | | | |
| ¿Su hijo necesita algún procedimiento especial? (cateterismo urinario, alimentación por sonda gástrica, transferencia, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, cuál(es) procedimiento(s): _____ | | | | | |
| DOY MI AUTORIZACIÓN PARA QUE EL PROFESIONAL DE LA SALUD COMPLETE LA PARTE II DE ESTE FORMULARIO. ENTIENDO QUE ES PARA USO CONFIDENCIAL CON EL FIN DE SATISFACER LAS NECESIDADES DE SALUD DE MI HIJO EN EL CUIDADO INFANTIL. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y PRECISA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. | | | | | |
| Firma del padre/tutor _____ | | | Fecha _____ | | |

PARTE II - EVALUACIÓN DE SALUD DEL NIÑO
Debe ser completada SOLO por el médico/enfermero especializado

| | | |
|---|----------------------|---|
| Nombre del niño: | Fec. de nac.: | Sexo |
| Apellido Primer nombre Segundo nombre | Mes / Día / Año | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |

2. ¿El niño antes mencionado tiene una condición médica diagnosticada?
 No Sí, describa:

3. ¿El niño tiene una condición médica que podría requerir MEDIDAS DE EMERGENCIA mientras esté en la guardería? (p. ej., convulsión, alergia, asma, sangrado, diabetes, cardiopatía u otro problema). En caso afirmativo, DESCRIBA la condición y las medidas de emergencia en la tarjeta de emergencia.
 No Sí, describa:

4. Resultados de la evaluación física

| Área de salud | WNL | ABNL | No evaluado | Área de salud | WNL | ABNL | No evaluado |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Déficit de atención/Hiperactividad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Exposición/Nivel elevado de plomo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conducta/Adaptación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Movilidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intestino/Vejiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Musculoesquelético/ortopédico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cardíaco/soplo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neurológico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nutrición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desarrollo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad/discapacidad física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endocrino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psicosocial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otorrinolaringología | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genitourinario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Habla/Lenguaje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Visión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inmunodeficiencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES: (explique cualquier resultado anormal.)

1. **REGISTRO DE VACUNACIONES.** Un proveedor de atención médica debe completar el DHMH 896/u otro documento oficial de vacunación (p.ej., expediente militar de vacunaciones) o se debe entregar un expediente de vacunación generado por computadora. (Este formulario se puede obtener en: http://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/3/maryland_immunization_certification_form_dhmh_896_-_february_2014.pdf)

OBJECIÓN RELIGIOSA:
 Soy el padre/tutor del niño antes mencionado. Debido a mis creencias y prácticas religiosas legítimas, me opongo a cualquier vacuna administrada a mi hijo. Esta excepción no aplica durante una emergencia o epidemia de enfermedades.
 Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

5. ¿El niño toma medicamentos?
 No Sí, indique el medicamento y el diagnóstico:
 (Se debe completar el Formulario de Autorización de Medicamentos OCC 1216 para administrar el medicamento en la guardería).

7. ¿Debe haber alguna restricción de la actividad física en la guardería?
 No Sí, especifique la naturaleza y duración de la restricción:

| 6. Prueba/medición | Resultados | Fecha de obtención |
|--|--|---|
| Prueba de la tuberculina | | |
| Presión sanguínea | | |
| Estatura | | |
| Peso | | |
| Percentil del índice de masa corporal | | |
| Prueba de plomo indicó:DHMH 4620 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prueba #1 Prueba #2 | Prueba # 1 Prueba #2 |

_____ se ha sometido a una evaluación física completa y todas las inquietudes se han indicado arriba.
 (nombre del niño)

Comentarios adicionales: _____

| | | | |
|---|-----------------|---|--------|
| Médico/enfermero especializado (escriba a máquina o letra de imprenta): | N.º telefónico: | Firma del médico/enfermero especializado: | Fecha: |
|---|-----------------|---|--------|

MARYLAND DEPARTMENT OF HEALTH IMMUNIZATION CERTIFICATE

CHILD'S NAME _____
 LAST FIRST MI
 SEX: MALE FEMALE BIRTHDATE _____/_____/_____
 COUNTY _____ SCHOOL _____ GRADE _____
 PARENT NAME _____ PHONE NO. _____
 OR
 GUARDIAN ADDRESS _____ CITY _____ ZIP _____

RECORD OF IMMUNIZATIONS (See Notes On Other Side)

| Vaccines Type | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|------------------------|------------------|------------------|--------|--------------------|-------------------|------------------------|---|
| Dose # | DTP-DTaP-DT Mo/Day/Yr | Polio Mo/Day/Yr | Hib Mo/Day/Yr | Hep B Mo/Day/Yr | PCV Mo/Day/Yr | Rotavirus Mo/Day/Yr | MCV Mo/Day/Yr | HPV Mo/Day/Yr | Dose # | Hep A Mo/Day/Yr | MMR Mo/Day/Yr | Varicella Mo/Day/Yr | History of Varicella Disease Mo/Yr |
| 1 | | | | | | | | | 1 | | | | |
| 2 | | | | | | | | | 2 | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | Td Mo/Day/Yr | Tdap Mo/Day/Yr | MenB Mo/Day/Yr | Other Mo/Day/Yr |
| 4 | | | | | | | | | | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5 | | | | | | | | | | _____ | _____ | _____ | _____ |

To the best of my knowledge, the vaccines listed above were administered as indicated.

Clinic / Office Name
Office Address/ Phone Number

1. _____
 Signature Title Date
 (Medical provider, local health department official, school official, or child care provider only)

2. _____
 Signature Title Date

3. _____
 Signature Title Date

Lines 2 and 3 are for certification of vaccines given after the initial signature.

COMPLETE THE APPROPRIATE SECTION BELOW IF THE CHILD IS EXEMPT FROM VACCINATION ON MEDICAL OR RELIGIOUS GROUNDS. ANY VACCINATION(S) THAT HAVE BEEN RECEIVED SHOULD BE ENTERED ABOVE.

MEDICAL CONTRAINDICATION:

Please check the appropriate box to describe the medical contraindication.

This is a: Permanent condition OR Temporary condition until _____/_____/_____
 Date

The above child has a valid medical contraindication to being vaccinated at this time. Please indicate which vaccine(s) and the reason for the contraindication, _____

Signed: _____ Date _____
 Medical Provider / LHD Official

RELIGIOUS OBJECTION:

I am the parent/guardian of the child identified above. Because of my bona fide religious beliefs and practices, I object to any vaccine(s) being given to my child. This exemption does not apply during an emergency or epidemic of disease.

Signed: _____ Date: _____

CERTIFICADO DE PRUEBA DE CONCENTRACIÓN DE PLOMO EN LA SANGRE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD E HIGIENE MENTAL DE MARYLAND

Instrucciones: use este formulario al inscribir a un niño en la guardería, preescolar, jardín de infancia o primer grado. El padre o tutor debe completar el **CUADRO A**. El **CUADRO B**, también completado por el padre/tutor, se usa para un niño que nació antes del 1 de enero de 2015, quien no necesita una prueba de detección de plomo (los niños deben cumplir todas las condiciones del Cuadro B). El proveedor de atención médica debe completar el **CUADRO C** para cualquier niño que nació el 1 de enero de 2015 o después de esa fecha, y para cualquier niño que nació antes del 1 de enero de 2015 que no cumpla todas las condiciones del Cuadro B. El **CUADRO D** se usa para niños que no se someten a pruebas debido a objeciones religiosas (el proveedor de atención médica debe completarlo).

CUADRO A-Padre/Tutor completa para inscribir a su hijo en la guardería, preescolar, jardín de infancia o primer grado

NOMBRE DEL NIÑO _____ / _____ / _____
 APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
 DIRECCIÓN DEL NIÑO _____ / _____ / _____
 DIRECCIÓN POSTAL (con el número de apartamento) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
 SEXO: M F FEC. DE NAC. ____ / ____ / ____ TELÉFONO _____
 PADRE O TUTOR _____ / _____ / _____
 APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

CUADRO B – Para un niño que no necesita una prueba de detección de plomo (complete y firme si el niño NO está inscrito en Medicaid Y la respuesta a TODAS las preguntas a continuación es NO):

¿Este niño nació el 1 de enero de 2015 o después de esa fecha? SÍ NO
 ¿Este niño ha vivido alguna vez en una de las áreas mencionadas al dorso de este formulario? SÍ NO
 ¿Este niño tiene algún riesgo conocido por exposición al plomo (consulte las preguntas al dorso de este formulario, y hable con el proveedor de atención médica de su hijo si no está seguro)? SÍ NO

Si todas las respuestas son NO, firme a continuación y devuelve este formulario a la escuela o proveedor de cuidado infantil.

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Si la respuesta a CUALQUIERA de estas preguntas es SÍ, O si el niño está inscrito en Medicaid, no firme el Cuadro B. En cambio, pida al proveedor de atención médica que complete el Cuadro C o el Cuadro D.

CUADRO C – Documentación y Certificación de los Resultados de la Prueba de Detección de Plomo por parte del Proveedor de Atención Médica

| Fecha de la prueba | Tipo (V=venosa, C=capilar) | Resultado (mcg/dL) | Comentarios |
|--------------------|----------------------------|--------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Comentarios:

Persona que completa el formulario: Proveedor de Atención Médica/Designado O Profesional de Salud Escolar/Designado

Nombre del proveedor: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Dirección del consultorio: _____

CUADRO D – Creencias Religiosas Legítimas

Soy el padre/tutor del niño identificado en el Cuadro A, arriba. Debido a mis creencias y prácticas religiosas legítimas, me opongo a cualquier prueba de detección de plomo en la sangre realizada a mi hijo.

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Esta parte del CUADRO D debe ser completada por el proveedor de atención médica del niño: se hizo la encuesta de evaluación del riesgo de

envenenamiento por plomo: SÍ NO Nombre del proveedor: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Dirección del consultorio: _____

Documentos Necesarios para la Inscripción
Del 1^{er} - 8^o Grado

Asegúrese de traer todos los siguientes documentos en la fecha de inscripción de su hijo.

- Una aplicación de inscripción de las Escuelas de la Ciudad, incluyendo todo lo siguiente:
 - Formulario de registro de estudiante
 - Hoja de Permiso de Video y Fotografía / Formulario de autorización.
 - Evaluación de salud 1 (Completado por el padre / Encargado) y Evaluación de salud 2 (Completada por un médico / enfermera practicante)
 - Certificado de plomo en la sangre
 - Documentación de inmunización.

- Prueba de cumpleaños del niño, como una partida de nacimiento o documentación de inmigración

- Prueba de tutela (si el estudiante es adoptado o bajo cuidado Foster)

- Identificación del Padre / Encargado

- Un mínimo de 2 pruebas de residencia principal del padre o encargado legal con el nombre del padre o encargado legal impreso en él. Por favor traiga 2 de los siguientes:
 - Factura completa y original, de gas, energía eléctrica, agua potable, de teléfono de casa (línea fija) o del servicio de TV por cable, con fecha dentro de los últimos 30 días; no se aceptan facturas de telefonía celular
 - Contrato de arrendamiento verificable
 - Estado de la hipoteca con fecha dentro de los últimos 30 días
 - Cheque de pago con fecha dentro de los últimos 30 días
 - Carta del Seguro Social / Departamento de Servicios Sociales con fecha dentro de los últimos 30 días
 - Estado de cuenta bancario con fecha dentro de los últimos 30 días.

- Libreta de calificaciones de una escuela anterior (opcional)

- Documentos de transferencia (si el estudiante está siendo transferido a City Springs)