



## Escuela Primaria / Secundaria

### Pre-K Compacto de Padres

El personal de Pre-Kindergarten en City Springs se complace en dar la bienvenida a su hijo a nuestro programa de día completo de Pre-Kindergarten. Tenemos siete pautas importantes que ayudarán a contribuir a que su hijo tenga un primer año de escuela exitoso. Estos son los compromisos que su hijo necesita que usted haga:

1. Seguir el código de vestimenta de City Springs, asegúrese de que su hijo use el uniforme todos los días.
2. Asegurar que su hijo venga a la escuela TODOS DÍA, A TIEMPO. Nuestro día comienza a las 8:18 am. A 8:19, su hijo llega tarde.
3. Ser voluntario al menos cuatro veces durante el año escolar. El voluntariado le permitirá ver el éxito que está logrando su hijo, y le enviará el mensaje a su hijo de que su éxito en la escuela es importante para usted. ¡Además, te necesitamos!
4. Mantener toda la información de contacto de emergencia actualizada durante el año escolar.
5. Comunicarse con el maestro de su hijo regularmente durante el año escolar. Esto le permitirá saber con qué habilidades o actividades puede ayudar a su hijo en casa.
6. Conversar todas las noches con su hijo sobre su hoja de puntos y firmarla cada noche. La Hoja de Puntos le permitirá saber exactamente qué tipo de día tuvo su hijo.
7. Mostrar su apoyo a la Actitud de City Springs. Nunca despediremos a un niño de Pre-K sin proporcionar tanto apoyo como sea necesario. Morder, escupir, golpear o interrumpir constantemente el ambiente de aprendizaje en el aula requerirá su ayuda y apoyo. Jugarás un papel crucial en el éxito de tu hijo en la escuela.

Por favor firme este acuerdo para demostrar que está de acuerdo con estas siete pautas escolares.

Nombre del niño (letra de impreza): \_\_\_\_\_

Nombre del padre / Encargado (en letra de impreza): \_\_\_\_\_

Firma del padre / Encargado \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

**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](http://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](http://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](http://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](http://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

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL–Anexo De Pre-Kínder/Jardín De Infancia

Si está inscribiendo a su hijo en pre-kínder o jardín de infancia, complete también esta sección.

Número de miembros del hogar principal \_\_\_\_\_

Total mensual de ingresos del hogar \_\_\_\_\_

¿El estudiante habla inglés con fluidez?  Sí  No

Marque donde el estudiante pasó la mayor parte del tiempo en los últimos 12 meses.

	Cuidado informal	Head Start	Pre-kínder en una escuela pública	Centro de atención infantil*	Cuidado infantil familiar**	Guardería no pública	Jardín de infancia (Repetido)
Todo el día							
Medio día							

\*Cuidado de niños provisto en una instalación, generalmente no residencial, durante una parte o todo el día

\*\*Cuidado infantil pagado regulado que se da a niños pequeños en un lugar de residencia que no sea el hogar del niño

A la biblioteca gratuita Enoch Pratt le gustaría darle a su hijo su propia Primera Tarjeta, una tarjeta de biblioteca gratuita, sin recargos por demora, para niños pequeños. La Primera Tarjeta puede usarse en cualquier biblioteca gratuita de Enoch Pratt en la ciudad para pedir prestados materiales para niños. Su hijo recibirá su Primera Tarjeta durante las primeras semanas de clases. Para aprender más sobre la Primera Tarjeta, visite [www.prattlibrary.org](http://www.prattlibrary.org)

**SÍ, entréguele a mi hijo la Primera Tarjeta. Entiendo que esto significa que se compartirá información sobre mi nombre, dirección de correo electrónico, número de teléfono y el nombre de mi hijo, la dirección del hogar, la fecha del cumpleaños y la escuela con el sistema de bibliotecas gratuitas Enoch Pratt.**

Marque todos los elementos a continuación que se aplican al estudiante (tenga en cuenta que esta información ayudará a la escuela a preparar ayudas necesarias):

- El niño no está completamente entrenado para ir al baño
- El padre/tutor tiene una enfermedad crónica o es una persona en situación de discapacidad
- El niño experimentó la muerte de uno o ambos padres
- El niño tenía un peso de nacimiento de seis libras o menos
- El niño está/estuvo en un hogar de acogida
- El niño tiene/tuvo retraso del habla/lenguaje
- El niño tiene un hermano con dificultades de aprendizaje
- El niño tuvo exposición al plomo
- El niño tiene/tuvo una lesión grave o exposición a sucesos traumáticos
- Uno de los padres o hermanos están recibiendo servicios de educación especial
- El niño tiene asma
- El niño toma medicamentos de uso prolongado
- El niño tiene problemas de audición
- A los padres les preocupa el desarrollo del niño
- El niño tiene problemas de visión
- El niño tiene/está recibiendo terapia del habla/lenguaje
- El niño tien/está recibiendo terapia ocupacional

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 hijo. Entiendo que la información incompleta o inexacta puede demorar, impedir o invalidar la inscripción 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

### Aviso de no discriminación de las Escuelas Públicas de la Ciudad de Baltimore

Las Escuelas Públicas de la Ciudad de Baltimore no discriminan por motivos de raza, color, ascendencia u origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, estado civil, discapacidad, estado de veterano, información genética o edad en sus programas y actividades y proporcionan acceso equitativo a los Boy Scouts de América y otros grupos juveniles.

Para consultas relacionadas con las políticas de no discriminación, comuníquese con: Gerente de Igualdad de Oportunidades, Coordinador del Título IX, Igualdad de Oportunidades de Empleo y Cumplimiento del Título IX

200 E. North Avenue, Room 208 • Baltimore, MD 21202 • Teléfono: 410-396-8542 • Fax: 410-396-2955

# Escuela City Springs # 08

Una escuela charter del proyecto curricular de Baltimore

Rhonda Richetta, Directora

[rrichetta@bcps.k12.md.us](mailto: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](mailto: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	
<b>Nombre del padre/tutor</b>		<b>Parentesco</b>	<b>Números de teléfonos</b>		
_____		_____	Oficina: _____	Celular: _____	Casa: _____
_____		_____	Oficina: _____	Celular: _____	Casa: _____
<b>Proveedor de atención médica de rutina de su hijo</b>		<b>Proveedor de atención dental de rutina de su hijo</b>		<b>Última cita del niño para</b>	
Nombre: _____		Nombre: _____		Evaluación física: _____	
Dirección: _____		Dirección: _____		Atención dental: _____	
N.º de teléfono _____		N.º de teléfono _____		Cualquier especialista: _____	
<b>EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO:</b> 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.					
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios (obligatorios para cualquier respuesta afirmativa)</b>		
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"/>			
<b>¿Su hijo toma medicamentos (recetados o sin receta) en algún momento? ¿O por una condición médica permanente?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, nombre(s) del (de los) medicamento(s): _____					
<b>¿Su hijo recibe algún tratamiento especial?</b> (nebulizador, inyección de epinefrina [EPI Pen], insulina, asesoría, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, tipo de tratamiento: _____					
<b>¿Su hijo necesita algún procedimiento especial?</b> (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. <b>CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y PRECISA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.</b>					
Firma del padre/tutor _____			Fecha _____		

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

<b>Nombre del niño:</b>	<b>Fec. de nac.:</b>	<b>Sexo</b>
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](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:
---	-----------------	---	--------



**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: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

## Documentos Necesarios para la Inscripción De Pre-Kinder

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:
  - Compacto de Padres del Pre-K
  - Formulario de inscripción del estudiante (incluido el apéndice de Pre-K / Kindergarten)
  - 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)