# DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE PALMERTON

Registro de jardín de infantes

Lista de verificación de documentos requeridos

**____ Parque** **____ Towamensing**

Para que un estudiante comience la escuela, debemos tener en el archivo o haber visto lo siguiente:

☐ Comprobante de vacunas - **Copiar**

☐ Comprobante de edad y nombre (acta de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte) - **Copiar**

☐ Prueba de residencia: 2 elementos de las listas a continuación

| | |
|---|---|
| Escritura | Licencia de conducir/identificación de PA |
| Hipoteca | Registro automático de PA |
| Factura de impuesto a la propiedad | Factura de servicios públicos |
| Contrato de arrendamiento/alquiler | Declaración de impuestos |
| Acuerdo de ventas | Permiso de mudanza |

☐ Trámites de educación especial (IEP, plan 504), si corresponde - **Copiar**

☐ Instrucciones de transporte en autobús para antes o después de la escuela[2]

**Nombre del estudiante** _____

**Machine translated by Google / Autor traducido por Google**

# DISTRITO ESCOLAR DE PALMERTON
# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

## Información biográfica del estudiante

Nombre del estudiante_____
Fecha de nacimiento_____/_____/_____ Edad_____(Último) (Primero) (Segundo) (mm) (dd) (aaaa)

**Género** M F **Entrada de grado**__K___ Documentación de prueba de edad **adjunto** S N

Nombre de la última escuela a la que asistió _____

Dirección de la última escuela a la que asistió _____ Número de teléfono de la última escuela _____
_____ Número de fax de la última escuela _____(Ciudad (*): Estado (*): Código postal)

¿Ha asistido el estudiante alguna vez a este distrito escolar? S N Si es así, qué escuela. _____

¿Alguna vez el estudiante ha asistido a la escuela en PA? S N Si es así, indique la escuela y el grado _____ __

¿Asistió el estudiante alguna vez a la escuela?**afuera**¿de los Estados Unidos? S N Si es así, dónde. _____ En caso afirmativo, ¿en qué año asistió el estudiante por primera vez a una escuela en los Estados Unidos? _____

Para conocer los requisitos de informes estatales y federales, utilice las siguientes definiciones (seleccione un código racial y un origen étnico principal):

**Código de carrera:** ☐ Asiático; ☐ Isleño del Pacífico ; Negro/afroamerican☐o; Indio americano/nativo de Alaska; Caucásico/Blanco

**Seleccione el origen étnico principal** ☐ Hispano; (cualquier carrera) ☐ No hispano (cualquier carrera)

## Información miscelánea para estudiantes

**Idioma nativo del estudiante _____ ¿Es el estudiante ciudadano estadounidense? _____**

**Ciudad, estado y país de nacimiento del estudiante _____**

**¿Existe una orden judicial que involucre a este estudiante? Sí No Sí SÍ, proporcione una copia a la oficina de la escuela; de lo contrario, no podremos cumplir con su contenido.**

**¿Este estudiante está bajo la custodia de alguien que no sea uno de sus padres? S N**
**En caso afirmativo, ¿cuál es la relación _____**

**FOR OFFICE USE ONLY**

**Student ID#** _____ **Date Entered/Reentered** _____ PASecure ID _____

Institutionalized Child (1306) ☐Y ☐N (If yes, complete PDE-4605 and submit to child accounting)

Foster Child (1305) ☐Y ☐N (If yes, attach 1305 – Affidavit)

Bus Assignment: **Bus #** **Time**

**AM** _____ _____

**PM** _____

Special transportation needs? ☐NONE ☐ Wheel Chair ☐ Door-to-Door ☐ Other



## Primer residente adulto con quien reside el estudiante

**Nombre**_____Sr./Sra./Sra./Dr.
( Último ) ( Primero ) (encierre en un círculo)

**Relacion hacía el niño** _____

**Fecha de nacimiento** _____/_____/_____

**Número de teléfono principal:**

Hogar_____ -_____-_____ Trabajo _____-_____-_____ Ext _____; Celúla _____-_____-_____

**Dirección de correo electrónico**_____

## Segundo residente adulto con quien reside el estudiante

**Nombre**_____Sr./Sra./Sra./Dr.
( Último ) ( Primero ) (encierre en un círculo)

**Relacion hacía el niño** _____

**Fecha de nacimiento** _____/_____/_____

**Número de teléfono principal:**

Casa _____-_____-_____ Trabajo _____-_____-_____ Ext _____ Celular _____-_____-_____ **Dirección**

**de correo electrónico**_____

## Dirección del residente adulto con quien reside el estudiante

La Residencia es: _____ Apartamento _____ Campamento/Camping _____ Casa Unifamiliar _____ Hotel/Motel _____ Casa Multifamiliar _____ Auto _____ Refugio _____ Otro

_____(
Dirección física de residencia) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

_____(Direcc
ión postal de residencia, si es diferente a la anterior) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

**Nombre del Desarrollo/Subdivisión:**_____

**Municipio al que paga impuestos:**

Municipio de Palmerton

Municipio de Bowmanstown

Municipio de Towamensing

Municipio de Lower Towamensing

## *información adicional*

¿Vive en propiedad federal o trabaja para el gobierno federal? Sí No

Otros niños que viven en esta dirección:

1.) Nombre completo _____Fecha de nacimiento ____/____/____Grado _____Escuela _____M F

2.) Nombre completo _____Fecha de nacimiento ____/____/____Grado _____Escuela _____M F

3.) Nombre completo _____Fecha de nacimiento ____/____/____Grado _____Escuela _____M F

¿El estudiante va o regresa de la escuela desde algún lugar que no sea su residencia? S N Recogida Dejar Ambos

En caso afirmativo, ¿de dónde? Nombre, ubicación y número de teléfono de la guardería _____ Nombre, ubicación y número de teléfono de la niñera _____

## Información del segundo padre (el padre-estudiante NO reside con él)

**Nombre**_____Sr./Sra./Sra./Dr.( Último ) ( Primero ) ( Medio ) (encierre en un círculo)

**Relacion hacía el niño**_____**¿Este padre debe recibir avisos? S N**

**Fecha de nacimiento**_____/_____/_____
**Dirección de envio:**_____

_____

**Números de teléfono principales:**
Casa_____ -_____-_____ Trabajo _____-_____-_____ Ext _____ Celular _____-_____-_____
**Dirección de correo electrónico**_____

## Información del programa estudiantil

**Controlar*ALL* servicios que su hijo está recibiendo actualmente:**

☐ Plan de educación individualizado ☐ Plan de educación individualizado para superdotados

☐ Sección 504/Capítulo 15 Acuerdo de servicio **(Servicios de educación especial) (Servicios de educación para superdotados)(Acomodaciones especiales para necesidades físicas/de salud)**

☐ ESL (inglés como segundo idioma ) ☐ Apoyo del habla/lengua☐je Programa de intervención tempran

# Etnicidad y raza federal

Cada año, el Departamento de Educación de Pensilvania (PDE) exige que el Distrito Escolar complete un informe que clasifica los datos de todos los estudiantes por grado, salón de clases, edad y categorías étnicas/raciales. Según las nuevas pautas proporcionadas por el Departamento de Educación de EE. UU., las escuelas deben recopilar datos raciales/étnicos utilizando el siguiente formato de dos preguntas. Responda la pregunta eligiendo una respuesta Sí o No; la segunda pregunta le pide que seleccione un grupo étnico/racial que mejor describa el origen étnico/racial de su hijo.

**1) ¿Es el niño hispano/latino/español?** **Yes** **No**

(Hispano/Latino significa una persona de cultura u origen cubano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura u origen español, independientemente de su raza).

El gobierno federal considera que "hispano/latino" es una etnia, no una raza. Es por eso que hispano/latino no figura como categoría de identificación racial.

**2) Seleccione una raza de los siguientes cinco grupos raciales que mejor describa los antecedentes éticos/raciales de su hijo.**

_**Indio americano o nativo de Alaska:**Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene una afiliación tribal o un vínculo comunitario.

_**Asiático:**Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

_**Negro o afroamericano:**Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

_**Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico:**Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawaii, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

_**Blanco:**Una persona que tiene orígenes en cualquier pueblo originario de Europa, Oriente Medio

**Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____**

**Firma de los padres: _____ Fecha: _____**

# DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE PALMERTON

## ENCUESTA DE IDIOMA DEL HOGAR

**TODOS los estudiantes recién registrados, independientemente de su raza, nacionalidad u origen de idioma, DEBEN completar este formulario.** La ley federal exige que todas las Agencias de Educación Local (LEA) utilicen un procedimiento imparcial para identificar qué estudiantes son potenciales Estudiantes de Inglés (EL) con el fin de proporcionar programas y servicios educativos de instrucción de idiomas adecuados. Dada esta responsabilidad, las LEA tienen derecho a solicitar la información contenida en este y otros formularios asociados con el proceso de identificación.

**Información del estudiante(Los padres/tutores deben completar esta sección):**

El primer nombre del niño: _____

Nombre (apellido) del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

**Preguntas para padres/tutores**

1. ¿Se habla otro idioma además del inglés en el hogar del niño?
   NO SÍ (idioma) _____

2. ¿Su hijo se comunica en otro idioma además del inglés?
   NO SÍ (idioma) _____

3. ¿Cuál es el idioma que su hijo aprendió a hablar por primera vez? _____

¿Necesita comunicación escrita en su idioma de hogar? _____ verbal? _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Formulario de inscripción de jardín de infantes Rev 13/07/2022

# DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE PALMERTON

## CUESTIONARIO ORIENTATIVO

Nombre del estudiante: _____ Grado _____

Enumere las escuelas a las que el estudiante ha asistido anteriormente. Incluya Headstart, Project Connect o cualquier preescolar para aquellos estudiantes en los grados K-3.

| **Escuela** | **Calificación** | **Años de Estudio** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

¿Alguna vez el estudiante fue retenido (encierre en un círculo)? sí No

Si es así, ¿qué grado(es) _____

El estudiante vive actualmente con:

Nombre _____

Relación con el estudiante: _____

¿Existe actualmente un problema de custodia (círculo)? sí No

En caso afirmativo, se deben proporcionar los documentos de custodia.

Papeles aportados (circular): Sí No

¿Algún comentario o inquietud que desee hacerle saber al Consejero?

¿Hay algún servicio especial que su hijo reciba actualmente o haya recibido en el pasado?

DISTRITO ESCOLAR DE PALMERTON
SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

Nombre, segundo y apellido legal del estudiante _____
Nombre de la madre _____
Nombre del padre _____

Con quién reside el estudiante _____
Dirección _____
Fecha de nacimiento _____ Grado____ Género____ Raza_____ Número de teléfono _____
Escuela anterior a la que asistió _____

Nombre y número de teléfono del Médico de Familia _____
Nombre y número de teléfono del Dentista de Familia _____
¿Hubo algún problema o complicación durante el embarazo y/o parto con la mamá y/o el estudiante? Sí No
En caso afirmativo, explique _____
¿El estudiante permaneció en NICU? sí No
En caso afirmativo, explique _____
¿Prematuro? Sí No Gestación _____ semanas Peso al nacer_____
Infancia y primera infancia (marque todo lo que corresponda):
__Dolores de oído frecuentes __Convulsiones o convulsiones __Hiperactividad __Malestar de estómago frecuente __Inconsciencia __Período corto de atención __Dolor de garganta frecuente __Pesadillas __Rabietas __Frecuencia o ardor al orinar __Dificultades del habla __Morderse las uñas __Estreñimiento __Tartamudeo __Dificultad para separarse de los padres __Diarrea __Problemas oculares __Dificultad para seguir nuestras instrucciones __Vómitos __Orina en la cama __Miedos inusuales __Dolor de cabeza __Defectos de audición __Deficiente Coordinación __Sangrados nasales __Tropiezos o caídas frecuentes Comentarios:
_____
_____
_

¿Nació su hijo con algún defecto de nacimiento? sí No
En caso afirmativo explicar
_____

¿Su hijo ha tenido alguna enfermedad infantil? sí No
En caso afirmativo explicar
_____

¿Su hijo alguna vez ha tenido enfermedades graves, hospitalizaciones, fracturas (huesos rotos) u operaciones? Sí No En caso afirmativo, explique
_____

¿Su hijo tiene algún diagnóstico o condición de salud actual? (Asma, Diabetes, TDAH, TDA, Ansiedad, Depresión, Migrañas, etc.) Sí No
En caso afirmativo, indique _____ En caso afirmativo, ¿está actualmente bajo algún tratamiento? _____
Nombre del proveedor tratante _____ Incluya cualquier medicamento o adaptación requerida_____
_____


¿Existe un plan de acción contra el asma? Sí No En caso afirmativo, necesitaremos una copia.

¿Su hijo alguna vez ha tenido convulsiones o ataques? sí No
En caso afirmativo, explique la apariencia _____ ¿Cuándo fue la última convulsión? _____ Nombre del neurólogo, si corresponde _____ Incluya cualquier medicamento o adaptación requerida _____
_____
_ ¿Existe un plan de acción para incautaciones? Sí No En caso afirmativo, necesitaremos una copia.

¿Está su hijo recibiendo alguna terapia? (Habla, OT, PT, asesoramiento, etc.) Sí No
En caso afirmativo, indique _____

¿Su hijo necesita algún dispositivo de asistencia? (Gafas, audífonos, aparatos ortopédicos, etc.) Sí No En caso afirmativo, indique _____

¿Tu hijo tiene alguna alergia? (Estacional, alimentos, insectos, plantas, medicinas, etc.) Sí No En caso afirmativo, indique _____
En caso afirmativo, ¿se receta un Epi-Pen (epinefrina)? sí No
Nombre del alergista/proveedor tratante _____
¿Existe un plan de acción? Sí No En caso afirmativo, necesitaremos una copia.

¿Su hijo necesita una dieta especial o tiene algún problema alimentario? sí No
En caso afirmativo, explique _____
¿Tiene su hijo alguna restricción de actividad? sí No
En caso afirmativo, proporcione una nota de su proveedor de atención médica.
Por favor indique si algún familiar tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades:
M- Familia de la madre F- Familia del padre
__ Alergias __ Asma __ Diabetes __ Enfermedad cardíaca __ Enfermedad pulmonar __ Problemas psicológicos __ Trastornos convulsivos (convulsiones) __ Problemas emocionales

¿Su hijo toma algún medicamento de forma regular? sí No
En caso afirmativo, incluya el nombre, la dosis, el horario y el motivo por el que toma el medicamento.
_____
_____
_____
_____
_____

****Si hay algún cambio en la salud de su hijo o algún diagnóstico nuevo durante sus años escolares, notifique a la enfermera de su hijo de inmediato.**

**Si su hijo necesita tomar algún medicamento durante el día escolar, DEBEMOS tener una orden de un proveedor de atención médica. El medicamento DEBE ser traído a la oficina de salud por un adulto y DEBE estar en el envase original. La etiqueta del envase debe incluir el nombre del niño, el nombre del medicamento, la dosis y el horario de dispensación del medicamento. Si se receta el medicamento, debe acompañarlo una autorización firmada del proveedor de atención médica. Los medicamentos de venta libre sólo necesitan una autorización por escrito del padre o tutor.**

**Fecha de firma _____**



# DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE PALMERTON

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA INFORMACIÓN DE SALUD
PARA SER COMPARTIDO ENTRE LA ENFERMERA Y EL PERSONAL

Actualmente, la ley no permite que la enfermera comparta información de salud con los maestros a

menos que los padres firmen un consentimiento por escrito. Para la seguridad de su hijo, es importante que el personal esté al tanto del estado de salud de su hijo. Cualquier información que usted proporcione se mantendrá confidencial únicamente para conocimiento del personal.

El nombre del estudiante _____

Como padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy permiso a la enfermera para notificar a los maestros de mi hijo y a otros miembros apropiados del personal sobre problemas de salud durante el año escolar. Asimismo, el personal tiene permiso para notificar a la enfermera si surge alguna condición médica.

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____

Número de teléfono durante el día _____

Es de particular importancia que la enfermera y el personal sepan lo siguiente:

DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE PALMERTON

SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

Estimados padres/tutores:

Una reacción alérgica grave (anafilaxia) es una afección grave y potencialmente mortal que puede ser mortal a menos que se realice una intervención inmediata. En caso de que haya una reacción alérgica grave que ponga en peligro la vida, el personal escolar autorizado administrará epinefrina (adrenalina) utilizando un Epi-pen (jeringa). Si a un niño se le ha administrado epinefrina, será transportado inmediatamente a un hospital. Los padres serán notificados lo antes posible.

Lea atentamente la siguiente pregunta e indique su elección. Devuelva este documento al maestro de su hijo lo antes posible. Si tiene más preguntas o inquietudes, llame a su médico de familia o a la enfermera de la escuela.

¿Tiene la escuela permiso para administrar adrenalina/epinefrina a través de Epi-pen al estudiante

_____ cuando ocurren síntomas de una reacción alérgica

potencialmente mortal?

_____SÍ NO

Firma de los padres: _____

__Andres Goodbred_____
Dr. Andrew Goodbred

___Jodi Frankelli_____
Dra. Jodi Frankelli
Superintendente médico escolar

__Megan Zurn_____
Sra. Megan Zurn RN CSN MSN

__Laura Tomás_____
Sra. Laura Thomas, RN BSN

Escuela Secundaria de Enfermería de la Escuela S.S. Palmer/Jr. enfermera de secundaria

__Michelle Bisbing_____
Sra. Michelle Bisbing, RN PHRN
Enfermera de la escuela de Parkside

__Timothy Kleintop_____
Sr. Timothy Kleintop, RN
Enfermera de la escuela de Towamensing



DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE PALMERTON
680 CALLE CUARTA
PALMERTON, PA 18071
610-826-7101

## CUESTIONARIO DE RESIDENCIA

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: | TELÉFONO #: |
| DIRECCION ACTUAL: | |
| MUNICIPIO O MUNICIPIO DE: | DESDE: |

| DIRECCIÓN ANTERIOR: | | | | |
|---|---|---|---|---|
| MI EMPLEADOR: | | | OCUPACIÓN: | |
| DIRECCIÓN DEL EMPLEADO: | | | | |
| TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA | AMA DE CASA | DESACTIVADO | JUBILADO | ALUMNO |

INDIQUE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA DIRECCIÓN ANTERIOR:

| NOMBRE | EMPLEADOR | OCUPACIÓN | AL MENOS 18 AÑOS (S O N) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

POR FAVOR INFORME A SU EMPLEADOR DE SU DISTRITO TRIBUTARIO CORRECTO –**DISTRITO NO ESCOLAR**. CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN Y DECLARACIONES AQUÍ AQUÍ SON CORRECTAS.

| FIRMA: | FECHA: |
|---|---|

**PARA USO OFICIAL**

| FECHA DE ENVÍO: | NOTAS: |
|---|---|



Machine Translated by GOOGLE / Autor traducido por Google