



ASHLAND
PUBLIC SCHOOLS

REGISTRO DE NUEVO ESTUDIANTE

Lista de verificación del cuidador

Nombre del estudiante: _____

FORMULARIOS REQUERIDOS

Todos los formularios requeridos deben ser completados y firmados:

- 1. Formulario de información del estudiante y la familia
- 2. Formulario de Emergencia Sanitaria
- 3. Formulario de Historial de Salud
- 4. Encuesta sobre el idioma del hogar
- 5. Formulario de divulgación de expedientes estudiantiles

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Estos documentos deben presentarse en el momento de su cita de registro. El Centro de Registro de Estudiantes hará copias y devolverá todos los documentos originales. Más información está disponible en ashland.k12.ma.us/registrar.

- Prueba válida de residencia
- Prueba válida de ocupación
- Acta de nacimiento original con sello en relieve
- Prueba válida con fotografía de la identidad del padre/tutor
- Registro de vacunación del estudiante más actualizado
 - Los estudiantes sin documentación de vacunas no pueden asistir a clase.
 - Los estudiantes de jardín de infantes sin documentación de vacunación pueden asistir a la reunión de orientación, pero no pueden comenzar la escuela hasta que se envíen los datos.
 - Los estudiantes con documentación de vacunación incompleta tienen hasta el 1 de octubre o dentro de los 30 días de haber comenzado la escuela para completar las vacunas o serán excluidos de la escuela.
- Copia del examen físico realizado dentro de los 12 meses anteriores al primer día de clases o cita con el médico para un examen físico
 - La documentación debe presentarse a la enfermera de la escuela antes del 1 de octubre o dentro de los 30 días posteriores al inicio de clases o el estudiante será excluido de la escuela.

DOCUMENTACIÓN Y FORMULARIOS ADICIONALES

Los siguientes documentos y formularios no son obligatorios, pero pueden ser aplicables a su estudiante específico.

- Detección de plomo para estudiantes de prekínder
- Detección de plomo y examen de la vista para estudiantes de jardín de infantes.
- Documentos de tutela o declaración jurada de autorización de cuidador notariada
- Declaración jurada de residencia
- Copia del Programa de Educación Individualizada del Estudiante (IEP)
- Copia del Plan 504 del Estudiante
- Registros de estudiantes de inglés (EL)
- Puntuaciones de ACCESO WIDA
- Transcripciones
- Formulario de transporte en autobús
- Formulario de Solicitud de Almuerzo Gratis o Reducido

PROCESO DE REGISTRO

Cuando haya completado cada paquete de registro, envíelo por correo electrónico a Central Registrar Lila Boutaghou registro@ashland.k12.ma.us.

Se lo contactará para programar una cita para reunirse con el Registrador Central una vez que se haya recibido su paquete de registro. Todos los documentos requeridos deben presentarse en el momento de la cita de registro.



REGISTRO DE ESTUDIANTE

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y LA FAMILIA

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE					
Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
Dirección actual:					
¿Niño de crianza o bajo tutela estatal?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		El estudiante vive con:	
Ciudad de nacimiento:		Estado:		País:	
Lenguaje primario:			Fecha de llegada a Estados Unidos (si corresponde):		
Fecha de nacimiento:		Sexo/Género:		Fecha de inscripción:	
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario			
Entrando a la escuela:		Grado de entrada:		Último grado completado:	
Antes de la escuela:					
Dirección de la escuela anterior:					

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR			
Cuidador principal #1		Cuidador principal #2	
Nombre:		Nombre:	
Dirección:		Dirección:	
Teléfono Principal:		Teléfono Principal:	
Teléfono alternativo:		Teléfono alternativo:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	
¿Militar Activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Militar Activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

INFORMACIÓN FAMILIAR				
Enumere todos los niños de la familia (incluido el niño que está registrando) en orden cronológico.				
	Nombre	Sexo/Género	Fecha de nacimiento	Grado
1.				
2.				
3.				
4.				

Nota: Adjunte una copia del acuerdo de custodia legal o la orden de restricción si corresponde. Sin esta información, cualquiera de los padres puede acceder a la información educativa de su hijo y/o despedir/retirar a su hijo en cualquier momento.



REGISTRO DE ESTUDIANTE

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y LA FAMILIA

ELEGIBILIDAD DE MCKINNEY-VENTO

Las respuestas a la siguiente información de residencia ayudarán al distrito escolar a determinar los servicios para los que su hijo puede ser elegible en relación con la Ley McKinney-Vento.

1.	¿Su dirección actual se debe a violencia doméstica o a un arreglo de vivienda de emergencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.	¿Su arreglo de vivienda se debe a la pérdida de vivienda, dificultades económicas u otras razones similares?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si respondió afirmativamente a una de las preguntas anteriores, ¿dónde vive actualmente el estudiante que está registrando?

- Con usted en la residencia de un familiar, amigo o conocido
 En un lugar no diseñado para alojamiento ordinario para dormir (por ejemplo, automóvil, parque, campamento, sótano, en el piso, sala de estar)
 en un refugio or albergue para desamparados en un motel/hotel Moviéndose de un lugar a otro

DEMOGRAFÍA DEL ESTUDIANTE

El Departamento de Educación de Massachusetts requiere que los distritos recopilen los siguientes datos demográficos para cada estudiante.

ETNIA

¿El estudiante es hispano o latino? *Seleccione solo uno.*

- No, el estudiante no es hispano ni latino.
 Sí, el estudiante es hispano o latino (una persona de origen cubana, mexicana, chicana, puertorriqueña, sudamericana, brasileña o centroamericana u otra cultura u origen española, independientemente de la raza).

RAZA

Seleccione la(s) raza(s) con las que se identifica el estudiante. Debe seleccionar al menos una..

<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	Indio americano o nativo de Alaska	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene una afiliación tribal o un apego comunitario.
<input type="checkbox"/>	Afrodescendiente o afroamericano	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico	Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
<input type="checkbox"/>	Blanco	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o África del Norte.



REGISTRO DE ESTUDIANTE

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA SANITARIA

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Los requisitos de salud exigidos por el estado incluyen lo siguiente: Se requieren exámenes físicos en los grados PK, K, 4, 7 y 10.

El examen de la vista se realiza anualmente en los grados PK, K-5, 7 y 10. El examen de audición se realiza anualmente en los grados PK, K-3, 7 y 10. El examen postural se realiza anualmente en los grados 5 al 9. Se realiza el examen del índice de masa corporal (IMC) anualmente en los grados 1, 4, 7 y 10. La evaluación SBIRT (detección, intervención breve y remisión a tratamiento) se realiza anualmente en los grados 7 y 9.

Los padres que opten por renunciar a las evaluaciones posturales, de IMC o SBIRT deben presentar una solicitud por escrito a la enfermera de la escuela.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
Contacto #1	Contacto #2
Nombre:	Nombre:
Teléfono Principal:	Teléfono Principal:
Teléfono alternativo:	Teléfono alternativo:
Relación con el estudiante:	Relación con el estudiante:

PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD	
Pediatra	
Nombre:	Teléfono:
Dentista	
Nombre:	Teléfono:
ortodoncista	
Nombre:	Teléfono:
Seguro de salud	
Nombre:	

¿Tiene su hijo permiso para recibir Tylenol, ibuprofeno, TUMS, pastillas para la garganta en la escuela, según sea necesario? Sí No

En caso de emergencia, doy permiso para que mi hijo sea transportado en ambulancia al Centro Médico MetroWest - Campus de Framingham para recibir tratamiento. Entiendo que seré notificado de la emergencia tan pronto como sea posible.

Notificaré a la escuela si hay algún cambio en la información anterior.

Firma del padre / tutor

Fecha



REGISTRO DE ESTUDIANTE

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

El Historial de Salud del Estudiante es un documento confidencial requerido para todos los estudiantes que ingresan a las Escuelas Públicas de Ashland. Informe a las enfermeras escolares de cualquier cambio en la salud de su hijo durante el año escolar.

1. ¿Ha habido cambios recientes en su familia que puedan afectar a su hijo? En caso afirmativo, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) y explique en el espacio a continuación.

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nacimiento de un hermano | <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil | <input type="checkbox"/> Cambio de vivienda | <input type="checkbox"/> despliegue militar |
| <input type="checkbox"/> muerte reciente | <input type="checkbox"/> enfermedad familiar | <input type="checkbox"/> Cambio en el empleo | <input type="checkbox"/> Otro: |

2. ¿Usa su hijo anteojos o lentes de contacto?

Sí No

3. ¿Su hijo usa audífonos?

Sí No

4. ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado y/o operado? En caso afirmativo, indique las fechas y explique a continuación.

Sí No

5. ¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo, marque las casillas correspondientes y explique en el espacio a continuación.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído (frecuentes) | <input type="checkbox"/> enfermedad de Lyme | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Infecciones por estreptococos (frecuentes) |
| <input type="checkbox"/> Fiebre alta | <input type="checkbox"/> tos ferina | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

6. ¿Su hijo ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones? En caso afirmativo, marque las casillas correspondientes y explique en el espacio a continuación.

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> AGREGAR | <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Escuchando problemas | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular |
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Condición de piel |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Concusión | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Desorden del sueño |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Encopresis/estreñimiento | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental | <input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette |
| <input type="checkbox"/> Autismo/TEA | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Dificultades de visión |



REGISTRO DE ESTUDIANTE

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

7. ¿Tiene su hijo alguna alergia (p. ej., alimentos, medicinas, látex, estacional, insectos)? En caso afirmativo, explique a continuación y sea específico. Sí No

8. ¿Toma su hijo algún medicamento diariamente o según sea necesario para sus alergias? En caso afirmativo, enumere a continuación. Sí No

9. ¿Toma su hijo algún otro medicamento diariamente o según sea necesario? En caso afirmativo, indique cada medicamento y para qué enfermedad o afección lo toma. Sí No

10. ¿Hay algún diagnóstico no mencionado anteriormente que afecte a su hijo? Si es así, por favor explique.

11. ¿Hay algo sobre la salud mental o física de su hijo que le gustaría que la enfermera de la escuela sepa que no se ha abordado hasta ahora? ¿Entonces qué?

Gracias por proporcionar esta valiosa información sobre la salud de su hijo. Si su hijo tiene una enfermedad crónica que requiere más conversación, comuníquese con la enfermera de la escuela para programar una reunión. Por favor visita [ashland.k12.ma.us/Salud](https://www.ashland.k12.ma.us/Salud) para obtener información de contacto o detalles adicionales.

Firma del padre / tutor

Fecha



ASHLAND
PUBLIC SCHOOLS

REGISTRO DE ESTUDIANTE

ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

Las regulaciones del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts requieren que todas las escuelas determinen los idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante para identificar sus necesidades lingüísticas específicas. Esta información es esencial para que las escuelas brinden instrucción significativa a todos los estudiantes. Si en el hogar se habla un idioma que no sea inglés, el distrito debe realizar una evaluación adicional de su hijo. Por favor, ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo las siguientes preguntas. Gracias por su asistencia.

Información del estudiante

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

País de nacimiento

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Fecha de inscripción por primera vez en CUALQUIER escuela de EE. UU

Información de la Escuela

/ /20

Fecha de inicio en la nueva escuela (mes/día/año)

Nombre de la antigua escuela y ciudad

Grado actual

Preguntas para padres/tutores

1.	¿Cuál es el idioma principal que se usa en el hogar, independientemente del idioma que hable el estudiante?	
2.	¿Cuántos años ha estado el estudiante en las escuelas de los EE. UU. (sin incluir el prejardín de infantes)?	
3.	¿Qué idioma entendió y habló su hijo por primera vez?	
4.	¿Qué idioma utiliza más con su hijo?	
5.	Qué idiomas se hablan con su hijo (<i>por abuelos, tíos, tías, cuidadores, etc.</i>)? ¿Con qué frecuencia? Idioma #1: _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Siempre Idioma #2: _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Siempre	
6.	¿Qué idiomas usa su hijo? ¿Con qué frecuencia? Idioma #1: _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Siempre Idioma #2: _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Siempre	
7.	¿Necesitará información escrita de la escuela en su idioma nativo? En caso afirmativo, ¿qué idioma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.	¿Necesitará un traductor interprete en las reuniones de padres y maestros? En caso afirmativo, ¿qué idioma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Firma del padre / tutor

Fecha



REGISTRO DE ESTUDIANTE

LIBERACIÓN DE REGISTROS

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER EXPEDIENTES ESTUDIANTILES

Yo, _____, soy el padre/tutor legal del estudiante mencionado a continuación. Por la presente, autorizo la divulgación de todos los registros académicos, incluidas las transcripciones oficiales, los resultados de las pruebas, la disciplina, la salud, la educación especial, los registros de los estudiantes de inglés y cualquier otra información sobre mi hijo hacia/desde Ashland Public Schools. Además, doy permiso a Ashland Public Schools para hablar con los maestros anteriores/nuevos, el director, el consejero escolar y otro personal escolar de mi hijo, según sea necesario.

Firma del padre o tutor

Fecha

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Dirección actual:

Nombre de la escuela anterior o nueva:

Nivel de grado:

Dirección de Escuela:

Ciudad, Estado y Código Postal:

Número de teléfono:

Número de fax:

FOR SCHOOL USE ONLY

School records must be requested from or submitted to:

School	Address	Fax	Email
📍 Ashland High School	65 E. Union St.	508-881-0186	Jessica Blank jblank@ashland.k12.ma.us
📍 Ashland Middle School	87 W. Union St.	508-881-0169	Christine Watt cwatt@ashland.k12.ma.us
📍 David Mindess School	90 Concord St.	508-881-0153	Jamie Giles jgiles@ashland.k12.ma.us
📍 Henry E. Warren Elementary School	73 Fruit St.	508-881-0191	Girija Phatak gphatak@ashland.k12.ma.us
📍 William Pittaway School	75 Central St.	508-881-0148	Donna Lowell dlowell@ashland.k12.ma.us

Special education records must be requested from or submitted to:

Colleen Brewer	508-881-0152	87 West Union Street, Ashland, MA. 01721	cbrewer@ashland.k12.ma.us
----------------	--------------	--	--