

Ashland Public Schools
Ashland, MA 01721

Paquete De Registro

Para registrar a un estudiante en las escuelas pública de Ashland usted necesitaría una cita con el consejero escolar apropiado y lo siguiente:

1. El paquete de registro completamente lleno.(Formularios A-H)

- A. Formulario de Registro del estudiante
- B. Formulario de Información del estudiante
- C. Formulario de Emergencia de salud
- D. Historia de salud del estudiante
- E. Formulario de consentimiento de Divulgación

NOTA: Si el estudiante recibe Servicios De Educación Especial, se necesita una cita adicional con el presidente del equipo para revisar los servicios de PEI

F. Cuestionario de lenguaje del hogar

NOTA: Si el primer idioma de tu hijo/a no es inglés, por favor notifique a la secretaria al momento del registro para que se pueda comunicar con el representante ELL.

G. Formulario de Transporte De Bus (Opcional)

NOTA: Este formulario debe ser regresado por cualquier estudiante sea gratis o por cuota. El formulario de bus debe ser procesado antes de que un estudiante tome el bus.

H. Formulario de aplicacion de comida gratuita y reducida (opcional)

2. Un Certificado de Nacimiento Original con sello en relieve (Nosotros lo copiaremos)

3. Registro de vacunación y examen físico de el estudiante

4. Prueba de Residencia en la ciudad de Ashland.

5. Identificación de padres/guardián

Nota: Los estudiantes quienes no están viviendo en Ashland dentro de los 30 días de comenzar clase no podrán ser matriculados en las escuelas pública de Ashland, MA

Ashland Public Schools

FORMULARIO DE REGISTRO/MATRICULACIÓN DEL ESTUDIANTE

Fecha de Matriculación: _____ Entrando a la Escuela/Grado: _____

Nombre: _____
Primero (como aparece en el certificado de nacimiento) Medio (sin iniciales) Apellido

Dirección: _____ Número telefónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ___ M ___ F Ciudad de Nacimiento: _____

Escuela a la que asistió previamente: _____

Dirección: _____ último Grado Completado: _____

Estudiante vive con: Padres ___ Padre ___ Madre ___ Representante ___ Padres Adoptivos ___

Nombre de Padre/Representante _____ Nombre de Padre/Representante _____

Dirección del Hogar _____ Dirección del Hogar _____

Empleador _____ Empleador _____

Dirección del Trabajo _____ Dirección del Trabajo _____

Celular _____ Celular _____

Teléfono del Hogar _____ Teléfono del Hogar _____

Teléfono del Trabajo _____ Teléfono del Trabajo _____

E-Mail Actual _____ E-Mail Actual _____

Hijos en la familia en orden cronológico (incluyendo este hijo)

	<u>Nombre</u>	<u>Sexo</u>	<u>Fecha de Nacimiento/Grado</u>
1.			
2.			
3.			
4.			

Nota: Adjuntar una copia del acuerdo de custodia legal/orden de restricción de ser aplicable Sin esta información, cualquier padre podría acceder a la información educativa de su hijo y/o destituir/retirar a su hijo en cualquier momento.

Solo para uso Oficial:

Identificación del Local # _____
Identificación del Estado# _____

Ashland Public Schools
FORMULARIO DE EDUCACIÓN DEL ESTUDIANTE

POR FAVOR IMPRIMA

Nombre: _____ APELLIDO _____
PRIMERO (Como aparece en el Certificado de Nacimiento) MEDIO COMPLETO (Sin iniciales)

Dirección: _____

Número Telefónico del Hogar: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Ciudad de Nacimiento: _____
Lenguaje Hablado Primario: _____

¿HIJO ADOPTIVO O PROTEGIDO ESTATAL? SI NO

EXTRANJERO: _____ NRO. Y ESTADO DE REGISTRO EXTRANJERO _____

FECHA DE LLEGADA A LOS ESTADOS UNIDOS: _____

***Etnicidad: Seleccione solo uno**

_____ **Hispano o Latino.** Una persona Cubana, mexicana, Puerto Riqueña, Sur o Centro América u otra Cultura u Origen Español, sin importar la raza. El término "origen Español" puede ser usado en adición a "Hispano o Latino."

_____ **No Hispano o Latino.**

***RACE - Seleccione todas las que apliquen**

_____ **Indio Americano o Nativo de Alaska**—Una persona que tenga orígenes en cualquiera de la gente original de Norte América y Sur América (incluyendo Centro América), y quien mantiene afiliaciones tribales o apego comunitario.

_____ **Asiático**—Una persona que tenga orígenes en cualquiera de las personas del Lejano Este, Sureste de Asia, el subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

_____ **Negro o Afroamericano**—Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los grupos raciales de África.

_____ **Nativo Hawaiano o de Otra Isla del Pacifico**—Una persona que tenga orígenes en cualquiera de la gente original de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del pacifico.

_____ **Blanco**—Una persona que tenga orígenes en cualquiera de la gente blanca original de Europa, el Este Medio y el Norte de África.

Estas definiciones fueron provistas por el Territorio Autónomo de Massachusetts.

Historial de Salud del Estudiante

El Historial de Salud del Estudiante es un documento confidencial requerido por todos los estudiantes que entren al Ashland Public Schools. Por favor informe a las enfermeras escolares sobre cualquier cambio en la salud de su hijo durante el año escolar y contacte a la enfermera escolar con cualquier pregunta o preocupación.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Lenguaje Primario: _____ Lenguaje Secundario: _____

1. Por favor seleccione cada persona viviendo en el hogar del estudiante y anote las edades de cualquier hermano o niños adoptivos.

- mama Papa Abuelos Representante
- Hermanos Edad _____ Edad _____ Edad _____ Edad _____
- Hijos Adoptivos Edad _____ Edad _____ Edad _____ Edad _____
- Otra relación con el estudiante: _____

2. ¿Han habido cambios recientes en su familia que podrían afectar a su hijo? Si escoge si, por favor seleccione los cuadros apropiados y explique porque en el espacio debajo.

- Nacimiento de Hermanos Cambio en Estado Marital Cambio de Casa Despliegue Militar
- Muerte Reciente Enfermedad Familiar Cambio de Empleo Otro

3. ¿Su niño usa Lentes de contacto? Sí No

4. ¿Su hijo usa ayuda auditiva? Sí No

5. ¿Su hijo ha estado hospitalizado y/o tuvo alguna cirugía? Sí No
De ser si, provea datos y explique debajo

6. ¿Tuvo su hijo alguna de las siguientes enfermedades? De ser asi, por favor seleccione los cuadros apropiados y explique en el espacio debajo.

- Infecciones del Oído (Frecuente) Enfermedad de Lyme Neumonía
- Encefalitis Meningitis Infecciones de la Faringe (frecuente)

- Fiebres Altas Tos Ferina Tuberculosis
-
-

7. ¿Ha sido su hijo diagnosticado con cualquiera de las siguientes condiciones? De ser así, por favor selecciones los cuadros apropiados y explique en el espacio debajo.

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD | <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Retraso de Desarrollo | <input type="checkbox"/> Problemas Auditivos | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular |
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón | <input type="checkbox"/> Condición en la Piel |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Convulsión | <input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio | <input type="checkbox"/> Enfermedad en los Riñones | <input type="checkbox"/> Desorden del Sueño |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística | <input type="checkbox"/> Incontinencia/Constipación | <input type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette |
| <input type="checkbox"/> Autismo/ASD | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Migrañas | <input type="checkbox"/> Dificultades Visuales |
-
-

8. ¿Acaso su hijo tiene alguna alergia (ej.: comida, medicina, latex, alergia estacional, insectos)? Yes No
De ser si, por favor explique debajo y por favor sea específico.

9. ¿Acaso su hijo toma algún medicamento diariamente o de ser necesario para sus alergias? Yes No
De ser si, por favor explique debajo.

10. ¿Acaso su hijo toma cualquier otro medicamento diariamente o cuando sea necesario? Yes No
De ser si, por favor enliste cada medicamento y para que enfermedad/condición es tomada.

11. ¿Existe algún diagnostico que no esté cubierto previamente y que afecte a su hijo? De ser si, por favor explique.

12. ¿Hay algo sobre la salud mental o física de su hijo que le gustaría que la enfermera escolar este consciente que no haya sido mencionado hasta ahora? De ser así, ¿qué cosa?

Gracias por proveer esta valiosa información sobre la salud de su hijo. Si su hijo tiene una enfermedad crónica que requiera de mas conversación, por favor contacte a la enfermera escolar para programar una reunión. Por favor refiérase a la sección de Servicios de Salud en el sitio web del Ashland Public Schools para la información de contacto de la oficina de la enfermera en la escuela de su hijo— <http://www.ashland.k12.ma.us/health-services>.

Firma del individuo completando el formulario

Relación con el Estudiante

Fecha: _____

ASHLAND PUBLIC SCHOOLS
SALUD – INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Por favor lea cuidadosamente, firme, y regrese este formulario a la escuela.

Requerimientos de Salud mandatorios por el Estado incluyen los siguientes: Exámenes físicos son requeridos en los grados PK, K, 4, 7, y 10. Revisión visual ocurre anualmente en los grados PK, K-5, 7 y 10. Revisión auditiva ocurre anualmente en los grados PK, K-3, 7 and 10. Revisión de postura ocurre anualmente en los grados 5 al 9. La revisión del Índice de Masa Corporal (por sus siglas en Inglés BMI) ocurre anualmente en los grados 1, 4, 7 y 10. Los padres que elijan descartar la revisión BMI deben presentar una petición escrita a la enfermera escolar.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Salón Hogar _____

Dirección (calle) _____ (ciudad) _____ Teléfono Hogar _____

Estudiantes viven con: Padres ___ Padre ___ Madre ___ Representante ___ Padres adoptivos ___

Por favor selecciones uno: Madre / Padre / Representante

Por favor selecciones uno: Madre / Padre / Representante

Name _____ Name _____

Dirección de Hogar _____ Dirección de Hogar _____

Empleador _____ Empleador _____

Dirección de trabajo _____ Dirección de trabajo _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

Celular _____ Celular _____

Correo Electrónico _____ Correo Electrónico _____

Amigo/Cuidador/Relativo a quien se le podría preguntar que retire al estudiante en caso de no localizar a los padres:

Nombre _____ Relación _____ Circule: Teléfono/Trabajo/Casa _____

Nombre _____ Relación _____ Circule: Teléfono / Trabajo/Casa _____

Pediatra _____ Teléfono _____

Odontólogo _____ Teléfono _____

Ortodontista _____ Teléfono _____

Nombre de Seguro de Salud _____

Permiso para recibir Tylenol, Ibuprofeno, TUMS, y pastillas para la garganta en la escuela cuando sea necesario SI ___ NO ___

En una Emergencia, Yo doy permiso para que mi hijo/a sea transportado a una ambulancia, al Centro Medico MetroWest – Campus Framingham para tratamiento. Yo entiendo que seré notificado de la emergencia tan pronto como sea posible.

Notificare a la escuela si hay algún cambio en la información de arriba.

Firma de la Madre/padre/Representante _____ Fecha _____

Detalle abajo cualquier necesidad médica pertinente que sea relevante para el cuidado de su hijo en la escuela (medicamentos, alergias, exenciones religiosas).

Ashland Public Schools
CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DEL RECORD DEL ESTUDIANTE
Servicios de orientación

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
 SASID # _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

En concordancia con las Regulaciones de Record del Estudiante de Departamento de Educación de Massachusetts de 1976, Yo autorizo a la oficina apropiada de:

- _____ Preparatoria Ashland, 65 East Union Street, Ashland, MA. 01721
- _____ Preparatoria Ashland, 87 West Union Street, Ashland, MA. 01721
- _____ Escuela David Mindess, 90 Concord Street, Ashland, MA. 01721
- _____ Escuela Henry E. Warren, 73 Fruit Street, Ashland, MA. 01721
- _____ Escuela William Pittaway, 75 Central Street, Ashland, MA. 01721
- _____ Departamento de Educación Especial, 87 West Union Street, Ashland, MA. 01721

Para enviar ___ o recibir ___ de la siguiente escuela, los records del estudiante nombrado previamente.

El permiso firmado es otorgado abajo:

Escuela _____	Departamento de Educación Especial _____
Calle _____	Calle _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____	Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Transcrito (grados, cursos, grado académico completado)	
Puntajes de Pruebas Estandarizadas (MCAS/PARCC)	
Records médicos	
Comentarios del Maestro/Consejero	
PEI y evaluaciones	
Record de Asistencia	
Records Disciplinarios	
Otro	

Firma del Padre/Representante _____ Fecha _____

• Este formulario puede ser firmado por un estudiante de 14 años o mas

WARREN SCHOOL Kindergarten

Solamente ENCUESTA DE EXPERIENCIA EN LA INFANCIA TEMPRANA (Kindergarten solamente)

Esta encuesta es requerida por el Departamento de Educación Primaria y Secundaria del estado para todos los estudiantes de Kindergarten.

Nombre del estudiante: _____
(LETRA DE IMPRENTA)

¿Qué tipo de experiencia educativa ha tenido su hijo antes de Kindergarten? Marque Uno Solamente

1. ___ Sin experiencia formal en programas de primera infancia
2. ___ Apoyo familiar: Participación coordinada de la familia y la comunidad (CFCE)
3. ___ Apoyo familiar: Programa de hogar para padres e hijos (PCHP)
4. ___ Apoyo familiar: Ambos, CFCE y PCHP
5. ___ Formal: Proveedor de cuidado infantil familiar con licencia menos de 20 horas por semana
6. ___ Formal: Proveedor de cuidado infantil familiar con licencia más de 20 horas por semana
7. ___ Formal: Programa basado en el centro menos de 20 horas por semana
8. ___ Formal: Programa Basado en el Centro más de 20 horas por semana
9. ___ Formal: AMBOS Proveedor de Cuidado Infantil Familiar y Programa Basado en el Centro menos de 20 horas por semana
10. ___ Formal: AMBOS Proveedor de Cuidado Infantil Familiar y Programa Basado en el Centro más de 20 horas por semana

Nombre De Padres : _____ Fecha: _____

Encuesta del idioma hablado en el hogar

Los reglamentos del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts exigen que *todas* las escuelas determinen los idiomas que se hablan en los hogares de los estudiantes para así identificar sus necesidades específicas relacionadas con el idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción que todos los estudiantes puedan aprovechar. Si en su hogar se habla otro idioma que no sea inglés, se requiere que el Distrito evalúe a su hijo más a fondo. Ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su ayuda.

Información del estudiante

Nombre _____	Segundo nombre _____	Apellido _____	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Pais de nacimiento _____	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____	Fecha de matriculación inicial en CUALQUIER escuela de EE.UU. (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____	

Información de la escuela

Fecha de comienzo en la escuela nueva (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / 20____	Nombre de la escuela y ciudad anterior _____	Grado actual _____
---	--	--------------------

Preguntas para los padres/encargados

<p>¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar, independientemente del idioma que hable el estudiante?</p>	<p>¿Qué idioma(s) se habla(n) con su hijo? (incluya parientes -abuelos, tíos, tías, etc. - y encargados del cuidado)</p> <p>_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre</p> <p>_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre</p>
--	--

<p>¿Cuál fue el primer idioma que entendió y habló su hijo?</p>	<p>¿Qué idioma usa usted principalmente con su hijo?</p>
---	--

<p>¿Cuántos años ha asistido el estudiante a escuelas en los Estados Unidos (sin incluir el pre-kinder)?</p>	<p>¿Qué idiomas usa su hijo? (encierre uno en un círculo)</p> <p>_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre</p> <p>_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre</p>
--	---

<p>¿Requerirá usted la información impresa de la escuela en su idioma natal?</p> <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si contesto que sí, ¿qué idioma? _____</p>	<p>¿Requerirá usted un intérprete/traductor en reuniones de padres y maestros?</p> <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si contesto que sí, ¿qué idioma? _____</p>
---	---

<p>Firma del padre/la madre/encargado: _____</p> <p>X</p>	<p style="text-align: center;">_____ / _____ / 20____</p> <p>Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)</p>
---	---

Spanish