

Ashland Public Schools
Ashland, MA 01721

PAQUETE DE REGISTRO

Para registrar a un estudiante en el Ashland Public School usted necesitará una cita con el consejero escolar apropiado y:

- 1. El paquete de registro completamente lleno. (Formularios a-f listados debajo)**
 - a. Formulario de Registro del Estudiante
 - b. Formulario de Información del Estudiante
 - c. Historial de Salud del Estudiante
 - d. Formulario de Emergencia de Salud
 - e. Formulario de Consentimiento de Divulgación de los Registros del Estudiante
Nota: Di el estudiante recibe Servicios de Educación Especial, se acordará una cita adicional con el presidente del EQUIPO para revisar los servicios PEI
 - f. Cuestionario de Lenguaje del Hogar
Nota: Si el primer idioma de tu hijo no es el Inglés, por favor notifique a la secretaría al momento del registro para que se pueda concertar una cita con el representante ELL en el departamento quien evaluará a su hijo en competencia del lenguaje.
 - g. Formulario de Transporte de Bus (opcional)
Nota: Este formulario debe ser regresado por cualquier estudiante (sea gratuito o por una cuota) quien se monte en el autobús escolar. Usted podría dejar este formulario de registro en la escuela (con los papeles apropiados de ser necesario) o usted podría traer o enviar por email directamente a la Oficina Comercial. El formulario de registro del bus debe ser procesado antes de que un estudiante tome el bus.
 - h. Formulario de Aplicación de Comida Gratuita y Reducida (Opcional)
- 2. Un Certificado de Nacimiento original con el sello en relieve.**
Nosotros lo copiaremos y le regresaremos el original a usted.
- 3. Registros de vacunación y exámenes físicos. (Vea Adjunto el Registro de Información de Salud/Requerimientos de Matriculación)**
 - a. Registros de vacunación con todas las fechas de todas las vacunaciones.
 - b. Prueba de un examen físico de no más de un año desde la fecha de inicio, o fecha de cita para un examen físico si el niño no ha tenido un examen físico desde hace un año.
- 4. Prueba de Residencia en la ciudad de Ashland.**
 - a. Si usted ha vivido en Ashland pero su hijo asistió previamente a una escuela privada usted necesitará lo siguiente: Prueba de propiedad o de renta de un hogar en Ashland (Un documento oficial de su residencia en la ciudad ej. Factura de impuestos, de agua, etc.) o, un acuerdo de renta actual firmado.
 - b. Si usted acaba de mudarse a Ashland o esta a punto de mudarse a Ashland (dentro de los siguientes 30 días), usted necesitará un Acuerdo de Compra y Venta o Renta. Nosotros copiaremos y le regresaremos el original a usted.

Nota: Los estudiantes quienes no estén viviendo en Ashland dentro de los 30 días después de comenzar clases no podrán ser matriculados en el Ashland Public Schools.

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

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 pacífico.

_____ **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 sí, 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 sí, provea datos y explique debajo
- _____
- _____

6. ¿Tuvo su hijo alguna de las siguientes enfermedades? De ser así, 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"/> Concusión | <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 e 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

Ashland Public Schools
ENCUESTA DE LENGUAJE EN EL HOGAR

Queridos Padres y Representantes:

En orden de ayudar a su hijo a tener éxito en la escuela, nosotros le pedimos que por favor responda las siguientes preguntas por cada hijo en su familia. Sus respuestas nos ayudarán en crear el mejor programa educativo posible para su hijo-.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

1. ¿Cuál fue el primer lenguaje que su hijo entendió o habló? _____
2. ¿Cuál lenguaje usa usted más seguido cuando habla con su hijo en el hogar?

3. ¿Cuál lenguaje usa su hijo más seguido cuando habla con usted en el hogar?

4. ¿Cuál lenguaje usa más seguido cuando habla con otros miembros de la familia? _____
5. ¿Cuál lenguaje usa más seguido para hablar con sus amigos?

6. ¿Qué lenguaje(s) lee su hijo? _____
7. ¿Qué lenguaje(s) escribe su hijo? _____
8. ¿A qué edad comenzó su hijo a asistir a la escuela? _____
9. ¿Su hijo ha asistido a la escuela cada año desde esa edad? ___ si ___ no
Sí no, por favor explique:
10. ¿Preferiría usted que la comunicación oral y escrita de la escuela sea en Inglés o en su idioma hogareño? _____

Firma del Padre/Representante

Fecha

Relación (Encierre en un círculo): Madre Padre Representante Otro

A ser completado por el personal del Programa ELL antes de la asignación:

Fecha de Registro: _____ Grado _____ Escuela _____

Recomendación:

- Pruebas de Competencia/Revisión de Registros
- Servicios ELL
- No servicios ELL