

**Inscripción para prejardín infantil y jardín infantil para el
año escolar 2022-2023**

Escuelas Públicas del Condado de Worcester
(EN LETRA DE IMPRENTA)

1. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE						
Apellido del niño:	Nombre:	Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	Fecha de nacimiento: • Debe tener 3 años antes de 9/1/22 (PK3) • Debe tener 4 años antes de 9/1/22 (PK4) • Debe tener 5 años antes de 9/1/22 (K) ____/____/____		

2. MIEMBROS E INGRESOS MENSUALES DE LA FAMILIA: INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA INSCRIPCIÓN A PJ/OPTATIVA PARA LA INSCRIPCIÓN A J							
Nombre de los miembros de la familia (incluir el niño mencionado anteriormente)	Ingresos mensuales laborales (antes de las deducciones)		Mensual Asistencia social Pagos, cuota alimentaria, pensión alimentaria	Pagos mensuales pagos de pensiones, jubilación, Seguro Social	Cualquier otro ingreso mensual Ingresos (beneficios de SSI)	Marcar si no hay ingresos	Número de Seguro Social solo si se informan ingresos
1. _____	Trabajo 1 USD _____	Trabajo 2 USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	_____	_____
2. _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	_____	_____
3. _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	_____	_____
4. _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	_____	_____
5. _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	_____	_____
6. _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	_____	_____
7. _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	_____	_____

No tenemos casa o vivimos en un refugio. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Marcar el bloque si es niño de acogida. Indicar los ingresos mensuales de uso personal del niño. Si el niño no tiene ingresos de uso personal, escribir «0».	MONTO USD

3. Enumerar los CUPONES DE ALIMENTOS del niño _____ o número de caso de asistencia temporaria en efectivo (TCA) _____ si corresponde.

4. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS FAMILIARES: la Ley del Senado de Maryland 856 requiere que los ingresos familiares se utilicen para identificar a los estudiantes para la colocación de prioridad 1 en el prejardín infantil público.

Los ingresos familiares DEBEN documentarse presentando uno de los siguientes documentos para CADA progenitor:

Formulario de impuestos federales de 2019
 Verificación de desempleo
 Verificación de asistencia temporaria en efectivo activa
 Verificación de cupones de alimentos activos
 Tres (3) recibos de sueldo actuales del empleador
 Prueba de ingresos de hogar de acogida

Nombre del padre/tutor masculino: _____ Nombre del empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____	Nombre de la madre/tutora femenina: _____ Nombre del empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____
---	---

5. INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL/PROGRAMA DE EDUCACIÓN PERSONALIZADO (IEP)
¿Su hijo tiene un IEP ACTIVO? (Nota: El progenitor debe informar los IEP actuales.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Servicios prestados por el IEP: <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> Discapacidades físicas <input type="checkbox"/> Otro: _____

DAR VUELTA ➡➡➡➡

6. SELECCIONE CUALQUIER EMERGENCIA (DOCUMENTADA), SITUACIÓN DE SALUD O CIRCUNSTANCIAS EN EL HOGAR Y LA FAMILIA QUE SE APLIQUE A USTED O A SU HIJO.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> idioma distinto del inglés como idioma principal hablado en el hogar | <input type="checkbox"/> padres del niño encarcelados |
| <input type="checkbox"/> padre o tutor mayor | <input type="checkbox"/> maltrato y negligencia del niño |
| <input type="checkbox"/> peso al nacer inferior a 6 libras o prematuro | <input type="checkbox"/> muerte del progenitor |
| <input type="checkbox"/> lesiones/traumatismos graves (niño) | <input type="checkbox"/> problemas de drogas/alcohol de un progenitor/tutor |
| <input type="checkbox"/> monoparental (separación, divorcio) | <input type="checkbox"/> padres sin terminar la escuela secundaria |
| <input type="checkbox"/> progenitor adolescente en la escuela secundaria | <input type="checkbox"/> niño expuesto al plomo |
| <input type="checkbox"/> discapacidad de los padres o hermanos | <input type="checkbox"/> enfermedad a largo plazo o uso de medicamentos por parte del niño |
| <input type="checkbox"/> progenitor con problemas emocionales/de salud mental | <input type="checkbox"/> enfermedad crónica del progenitor/tutor |

7. ENTRENAMIENTO PARA IR AL BAÑO

El maestro/asistente o enfermero no son responsables de ayudar a los niños para ir al baño.

¿Su hijo es autosuficiente en el uso del baño (es decir, está entrenado para usar el inodoro y no usa pañales como ropa interior)? Sí No

En caso negativo, ¿desea información adicional sobre el entrenamiento para el uso del baño? Sí No

Firma del progenitor/tutor:

8a. CUIDADO PREVIO. RESPUESTA DE LOS PADRES

En el último año, ¿su hijo ha sido cuidado fuera de su hogar durante las horas diurnas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿dónde se brindaba el cuidado? Indicar el nombre del centro de cuidado de niños o del proveedor.	<input type="checkbox"/> Por la mañana <input type="checkbox"/> Por la tarde <input type="checkbox"/> Todo el día

8b. CUIDADO PREVIO. ASESOR ESCOLAR (Los padres NO completan esta sección).

Cuidado previo	Día completo	Medio día por la mañana	Medio día por la tarde
Cuidado informal			
Head Start-Berlin, Stockton, Snow Hill u otro			
Prejardín infantil (especificar escuela)			
Centro de cuidado infantil			
Centro de cuidado infantil familiar			
Guardería infantil no pública			
Jardín infantil			

DAR VUELTA → → → →

9. INFORMACIÓN ADICIONAL	
¿Su hijo tiene un apodo?	
¿Su hijo tiene intereses o habilidades especiales?	
¿Hay preferencias religiosas que el maestro del aula debe saber?	
¿Su hijo ha recibido asesoramiento o terapia que sería útil que la escuela lo supiera?	
¿Hay alguna otra información que pueda ayudarnos a conocer mejor a su hijo, como alergias, miedos o ansiedades especiales, preocupaciones médicas, problemas de custodia, etc.?	

10. CONFIRMACIÓN/FIRMA DEL PROGENITOR/TUTOR. LEER ANTES DE FIRMAR

CERTIFICACIÓN:

Entiendo que esta información es necesaria para la recepción de fondos federales, que el funcionario escolar puede verificar la información en la solicitud y que la tergiversación deliberada de la información puede someterme a un juicio en virtud de las leyes estatales y federales correspondientes.


Solo PREJ:

POR EL PRESENTE, CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES CORRECTA Y QUE TODOS LOS INGRESOS INFORMADOS SON EXACTOS. ADJUNTO PRUEBA DE INGRESOS A ESTA SOLICITUD POR CADA **PROGENITOR/TUTOR.**

ENTIENDO QUE ESTA INFORMACIÓN SE BRINDA PARA LA CONSIDERACIÓN DE LA COLOCACIÓN DE MI HIJO EN EL PROGRAMA PREJARDÍN INFANTIL Y LOS FUNCIONARIOS ESCOLARES PUEDEN VERIFICAR LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO EN CUALQUIER MOMENTO. ENTIENDO QUE SI PARTE DE LA INFORMACIÓN ES INEXACTA, LA COLOCACIÓN DE MI HIJO EN EL PROGRAMA PUEDE ESTAR EN PELIGRO.

En letra de imprenta Nombre del progenitor/tutor:	Número de Seguro Social del progenitor/tutor
--	---

Firma Progenitor/tutor *(La solicitud no es válida si no está firmada y fechada por el progenitor/tutor).*

 _____ Fecha _____

Verificación: su elegibilidad puede ser verificada en cualquier momento durante el año escolar. Los funcionarios escolares pueden pedirle que envíe una verificación que demuestre que su hijo es elegible para participar en el programa de prejardín infantil.

Confidencialidad: la información financiera incluida en este formulario seguirá siendo **confidencial**. Los funcionarios escolares utilizan esta información para determinar la elegibilidad. El nombre y la elegibilidad de su hijo se pueden dar a los funcionarios locales con fines de evaluación y se pueden usar para informar a los funcionarios estatales que administran y financian el programa.

Escuelas Públicas del Condado de Worcester
Formulario de autorización de administración de medicamentos

Este pedido es válido solo para el año escolar actual _____, incluida la sesión de verano.

Escuela: _____

Este formulario debe completarse en su totalidad para que las escuelas puedan administrar el medicamento requerido. Se debe completar un nuevo formulario de administración de medicamentos al comienzo de cada año escolar, para cada medicamento, y cada vez que se produzca un cambio en la dosis o el tiempo de administración de un medicamento.

- Los medicamentos recetados deben estar en un recipiente etiquetado por el farmacéutico o la persona que los receta.
- Los medicamentos sin receta deben estar en el envase original con la etiqueta intacta.
- Un adulto debe llevar el medicamento a la escuela.
- El enfermero de la escuela (RN) llamará a la persona a cargo de las recetas, según lo permitido por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA), si surge una pregunta sobre el niño o el medicamento del niño.

Autorización de la persona que hace la receta

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

Afección para la que se está administrando el medicamento: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Tiempo/frecuencia de administración: _____ Si se administra según la necesidad, frecuencia: _____

Si se administra según la necesidad, para qué síntomas: _____

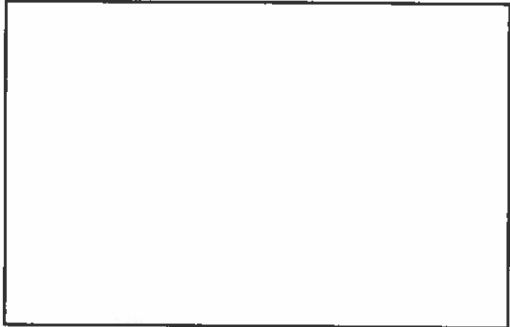
Efectos secundarios relevantes: No se esperan. Especificar: _____

Los medicamentos se administrarán a partir de: _____ hasta _____
MM/DD/AA MM/DD/AA

Nombre/título de la persona que hace la receta: _____
(en letra de imprenta o impresión)

Teléfono: _____ Fax: _____

Domicilio: _____



(para el sello del domicilio de la persona que hace la receta)

Firma de la persona que hace la receta: _____ Fecha: _____
(solo firma original o sello de firma)

El RN de la escuela recibió una orden verbal: _____ para el medicamento el _____
Nombre Fecha

AUTORIZACIÓN DEL PROGENITOR/TUTOR

Solicitamos al personal de la escuela designado para administrar el medicamento según lo prescrito por la persona a cargo de la receta. Certificamos que tiene autoridad legal para dar su consentimiento al tratamiento médico para el estudiante mencionado anteriormente, incluida la administración de medicamentos en la escuela. Entendemos que al final del año escolar, un adulto debe recoger el medicamento, de lo contrario será descartado. Autorizamos al enfermero de la escuela a comunicarse con el proveedor de atención médica según lo permitido por HIPAA.

Firma del progenitor/tutor: _____ Fecha: _____

Nro. de teléfono particular: _____ Nro. de teléfono celular: _____ Nro. de teléfono laboral: _____

AUTORIZACIÓN/APROBACIÓN PARA LA AUTOPORTACIÓN/AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA:

La autoportación/autoadministración de medicamentos de emergencia puede ser autorizada por la persona que hace la receta y debe ser aprobada por el enfermero de la escuela de acuerdo con la política estatal de medicamentos.

Autorización de la persona que hace la receta para la autoportación/autoadministración de medicamentos de emergencia: _____
Firma Fecha

Aprobación del RN de la escuela para la autoportación/autoadministración de medicamentos de emergencia: _____
Firma Fecha

Orden revisada por el RN de la escuela: _____
Firma Fecha

Medicamentos para estudiantes mientras están en la escuela

La administración de medicamentos a los estudiantes de las Escuelas Públicas del Condado de Worcester es un servicio que se ofrece para promover el bienestar y disminuir el ausentismo. Cuando existe la necesidad de este servicio, es esencial una administración segura y adecuada. De acuerdo con la ley estatal, por lo tanto, el personal de la escuela, incluidos los enfermeros de la escuela, no puede administrar ningún medicamento sin orden escrita del médico. Esto incluye medicamentos de venta libre. Siempre que sea posible, los estudiantes deben tomar medicamentos antes de ir a la escuela o al regresar a casa. Cuando esto no sea posible, el personal escolar puede administrar medicamentos a los estudiantes de acuerdo con las siguientes pautas:

- A. Antes de administrar cualquier medicamento, es necesario que la escuela tenga instrucciones escritas completas en el formulario correspondiente (HS/formulario 1) del médico que hace la receta. Este formulario también debe incluir la firma del progenitor/tutor. Las instrucciones incluirán la fecha de pedido, la identificación del medicamento por su nombre, la dosis, el tiempo y las circunstancias de administración, la duración del tratamiento y los posibles efectos secundarios. Si el médico prefiere usar su propio formulario, será aceptable si escribe instrucciones completas. Estas instrucciones deben ser fácilmente accesibles para los responsables de administrar los medicamentos, así como para aquellos que observan al niño y trabajan con él.
- B. Todos los medicamentos deben estar claramente etiquetados con el nombre del estudiante, la hora y la cantidad de medicamentos que debe tomar. Los enfermeros de la escuela o el personal escolar capacitado son responsables de observar al estudiante mientras toma el medicamento para asegurarse de que se hace de acuerdo con las instrucciones escritas del médico y la etiqueta del medicamento.
- C. El envase original de prescripción acompañará a todos los medicamentos que se administrarán en la escuela. Los padres/tutores deben solicitar dos contenedores (uno para la escuela y otro para el hogar) al farmacéutico cuando se surte la receta. Los medicamentos deben ser llevados a la escuela por el progenitor o el adulto responsable.
- D. Los medicamentos se mantendrán en la sala de salud. Hay algunos niños con alergias graves para los que es necesario mantener un antídoto en la escuela. En tales casos, este medicamento debe mantenerse bajo llave y ser fácilmente accesible en caso de una emergencia que requiera un uso inmediato.
- E. Cuando un médico determina que la inyección de medicamentos puede ser necesaria como medida para salvar vidas, el enfermero de la escuela administrará el medicamento recetado. En caso de que el enfermero de la escuela no esté disponible de inmediato, se pondrá inmediatamente en contacto con el personal médico disponible localmente para solicitar asistencia.
- F. El progenitor/tutor debe administrar la primera dosis de cualquier nuevo medicamento recetado o medicamento de venta libre, excepto los medicamentos de emergencia que se administran según la necesidad.
- G. Todos los medicamentos deben destruirse una semana después de la fecha de caducidad. Si no lo recupera un progenitor o un adulto responsable, los medicamentos no utilizados se eliminarán al final del año escolar.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE MARYLAND

NOMBRE DEL NIÑO _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____ S. N. _____

SEXO: MASCULINO FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

CONDADO _____ ESCUELA _____ GRADO _____

PROGENITOR NOMBRE _____ NRO. DE TELÉFONO _____

O TUTOR _____ DOMICILIO _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

REGISTRO DE VACUNAS (Ver las notas del otro lado)

Tipo de vacunas														
Cant. dosis	DTP-DT aP-DT Mes/día/año	Polio Mes/día/año	Hib Mes/día/año	Hep. B Mes/día/año	PCV Mes/día/año	Rotavirus Mes/día/año	MCV Mes/día/año	HPV Mes/día/año	Cant. dosis	Hep. A Mes/día/año	MMR Mes/día/año	Varicela Mes/día/año	Historia de varicela	
1									1					Mes/año
2									2					
3										Td Mes/día/año	Tdap Mes/día/año	MenB Mes/día/año	Otro Mes/día/año	
4										_____	_____	_____	_____	
5										_____	_____	_____	_____	

A mi leal saber y entender, las vacunas mencionadas anteriormente se administraron como se indica.

Nombre de la clínica/el consultorio
Domicilio del consultorio/número de teléfono

1. _____
Firma _____ Título _____ Fecha _____
(Proveedor médico, funcionario del departamento de salud local, funcionario escolar o proveedor de cuidado infantil solamente)

2. _____
Firma _____ Título _____ Fecha _____

3. _____
Firma _____ Título _____ Fecha _____

Los renglones 2 y 3 son para la certificación de las vacunas que se administran después de la firma inicial.

COMPLETAR LA SECCIÓN CORRESPONDIENTE A CONTINUACIÓN SI EL NIÑO ESTÁ EXENTO DE VACUNACIÓN POR MOTIVOS MÉDICOS O RELIGIOSOS. TODAS LAS VACUNAS QUE SE HAYAN RECIBIDO DEBEN INTRODUCIRSE ARRIBA.

CONTRAINDICACIÓN MÉDICA:

Marcar la casilla correspondiente para describir la contraindicación médica.

Esta es una: Afección permanente Afección temporaria hasta ____/____/____
Fecha

El niño mencionado anteriormente tiene una contraindicación médica válida para ser vacunado en este momento. Indicar qué vacunas y el motivo de la contraindicación, _____

Firmado: _____ Fecha: _____
Proveedor médico/funcionario del departamento de salud local (LHD)

OBJECCIÓN RELIGIOSA:

Soy el progenitor/tutor del niño identificado anteriormente. Debido a mis creencias y prácticas religiosas de buena fe, me opongo a que se administre cualquier vacuna a mi hijo. Esta exención no se aplica durante una emergencia o epidemia de enfermedad.

Firmado: _____ Fecha: _____

Cómo utilizar este formulario

El proveedor médico que administró las vacunas puede registrar las fechas (utilizando mes/día/año) directamente en este formulario (las marcas de verificación no son aceptables) y certificarlas firmando la sección de firma. Las vacunas combinadas deben enumerarse individualmente, por cada componente de la vacuna. Un proveedor médico diferente, un funcionario del departamento de salud local, un funcionario escolar o un proveedor de cuidado infantil puede transcribir en este formulario y certificar las fechas de vacunación de cualquier otro registro que tenga la autenticación de un proveedor médico, departamento de salud, escuela o servicio de cuidado infantil.

Solo un proveedor médico, un funcionario del departamento de salud local, un funcionario escolar o un proveedor de cuidado infantil pueden firmar la sección «Registro de vacunación» de este formulario. Este formulario no puede ser alterado, cambiado o modificado de ninguna manera.

Notas:

1. Cuando se hayan perdido o destruido los registros de vacunación, se podrán reconstruir las fechas para todas las vacunas excepto **varicela, sarampión, paperas o rubéola**.
2. Las fechas reconstruidas para todas las vacunas deben ser revisadas y aprobadas por un proveedor médico o un departamento de salud local a más tardar 20 días calendario después de la fecha en que el estudiante fue ingresado o retenido temporalmente.
3. Los resultados de los análisis de sangre NO constituyen prueba aceptable de inmunidad contra la difteria, el tétanos o la tos ferina (DTP/DTaP/Tdap/DT/Td).
4. La verificación del análisis de sangre de la inmunidad es aceptable en lugar de las fechas de vacunación contra la polio, el sarampión, las paperas, la rubéola, la hepatitis B o la varicela, pero la **revacunación puede ser más conveniente**.
5. La historia de enfermedades NO es aceptable en lugar de las vacunas requeridas, excepto la varicela.

Requisitos de vacunación

El siguiente extracto del Código de Reglamentos de Maryland (COMAR) del Departamento de Salud de Maryland (MDH 10.06.04.03 se aplica a las escuelas:

«El director de preescolar o escuela u otra persona a cargo de un preescolar o escuela, pública o privada, no podrá a sabiendas admitir a un estudiante o retenerlo en un:

- (1) programa preescolar a menos que el progenitor o tutor del estudiante haya provisto pruebas de inmunidad adecuadas para la edad contra *Haemophilus influenzae*, tipo b y enfermedad neumocócica,
- (2) programa preescolar o de jardín infantil hasta el segundo grado de la escuela, a menos que el progenitor o tutor del estudiante haya provisto pruebas de inmunidad adecuadas para la edad contra la tos ferina
- (3) programa preescolar o de jardín infantil hasta el 12.º grado, a menos que el padre o tutor del estudiante haya provisto pruebas de inmunidad adecuadas para la edad contra: (a) el tétanos, (b) la difteria, (c) la poliomielitis, (d) el sarampión (rubéola), (e) la parotiditis, (f) rubéola, (g) la hepatitis B, (h) la varicela, (i) la meningitis, y (j) el tétanos-difteria-tos ferina acelular adquirido mediante una vacuna contra el tétanos-difteria-tos ferina acelular (Tdap).»

Consulte los «**Requisitos mínimos de vacunación para los niños inscritos en programas preescolares y en escuelas**» para determinar la inmunidad adecuada para la edad de los alumnos inscritos en preescolar hasta el 12.º grado. Los requisitos mínimos de las vacunas y MDH COMAR 10.06.04.03 están disponibles en www.health.maryland.gov. (seleccionar la vacuna en el índice A-Z)

Los requisitos de vacunación adecuados para la edad de los centros de cuidado infantil y los hogares de cuidado diurno familiares se basan en el Departamento de Recursos Humanos. COMAR 13A.15.03.02 y COMAR 13A.16.03.04, G y H, y el cuadro orientativo de los «**Requisitos de vacunación adecuados para la edad para los niños inscritos en los programas de cuidado infantil**» están disponibles en www.health.maryland.gov. (seleccionar la vacuna en el índice A-Z)

CERTIFICADO DE PRUEBA DE PLOMO EN SANGRE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD E HIGIENE MENTAL DE MARYLAND

Instrucciones: use este formulario cuando inscriba a un niño en un centro de cuidado infantil, prejardín infantil, jardín infantil o primer grado. La **CASILLA A** debe ser completada por el progenitor o tutor. La **CASILLA B**, que también debe ser completada por el progenitor/tutor, es para un niño nacido antes del 1 de enero de 2015 que no necesita una prueba de plomo (los niños deben cumplir todas las condiciones de la casilla B). La **CASILLA C** debe ser completada por el proveedor de atención médica para cualquier niño nacido a partir del 1 de enero de 2015, y cualquier niño nacido antes del 1 de enero de 2015 que no cumpla con todas las condiciones establecidas en la casilla B. La casilla D es para niños que no han sido sometidos a las pruebas por objeción religiosa (debe ser completada por el proveedor de atención médica).

CASILLA A: la completa el progenitor/tutor para inscribir a un niño en un centro de cuidado infantil, prejardín infantil, jardín infantil o primer grado.

NOMBRE DEL NIÑO _____ / _____ / _____
 APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

DOMICILIO DEL NIÑO _____ / _____ / _____ / _____
 CALLE (con número de apartamento) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

SEXO: Masculino Femenino FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ TELÉFONO _____

PROGENITOR O TUTOR _____ / _____ / _____
 APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

CASILLA B: para un niño que no necesita una prueba de plomo (completar y firmar si el niño NO está inscrito en Medicaid Y la respuesta a CADA pregunta de abajo es NO)

¿Nació este niño el 1 de enero de 2015 o después? SÍ NO

¿Ha vivido este niño alguna vez en una de las áreas enumeradas en la parte posterior de este formulario? SÍ NO

¿Tiene este niño algún riesgo conocido de exposición al plomo (ver preguntas en el reverso del formulario y hablar con el proveedor de atención médica de su hijo si no está seguro)? SÍ NO

Si todas las respuestas son NO, firmar a continuación y enviar este formulario al proveedor de cuidado infantil o a la escuela.

Nombre del progenitor o tutor (en letra de imprenta): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Si la respuesta a CUALQUIER de estas preguntas es SÍ, O si el niño está inscrito en Medicaid, no firmar la casilla B. En su lugar, pedir al proveedor de atención médica que complete la casilla C o la casilla D.

CASILLA C: documentación y certificación de los resultados de las pruebas de plomo del proveedor de atención médica

Fecha de la prueba	Tipo (v=venoso, c=capilar)	Resultado (mcg/dL)	Comentarios

Comentarios:

Nombre de la persona que completa el formulario: Proveedor de atención médica/responsable designado O Profesional médico de la escuela/responsable designado

Nombre del proveedor: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Domicilio del consultorio: _____

CASILLA D: creencias religiosas de buena fe

Soy el progenitor/tutor del niño identificado en la casilla A arriba. Debido a mis creencias y prácticas religiosas de buena fe, me opongo a cualquier prueba de plomo en sangre de mi hijo.

Nombre del progenitor o tutor (en letra de imprenta): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Esta parte de la CASILLA D debe ser completada por el proveedor de atención médica del niño: Cuestionario de evaluación de riesgo de intoxicación por plomo realizado: SÍ NO

Nombre del proveedor: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Domicilio del consultorio: _____

CÓMO UTILIZAR ESTE FORMULARIO

Las pruebas documentadas deben ser las pruebas de plomo en sangre a los 12 y 24 meses de edad. Se requieren dos fechas de pruebas y resultados si la primera prueba se realizó antes de los 24 meses de edad. Si la primera prueba se realiza después de los 24 meses de edad, se requiere una fecha de prueba con el resultado. El proveedor de atención primaria del niño puede registrar las fechas y los resultados de las pruebas directamente en este formulario y certificarlos firmando o sellando la sección de firmas. Un profesional médico escolar o responsable designado puede transcribir en este formulario y certificar las fechas de prueba de cualquier otro registro que tenga la autenticación de un proveedor médico, departamento de salud o escuela. Todos los formularios se archivan en el expediente sanitario escolar del niño.

En zonas de riesgo por código postal del plan de objetivos 2004 (para niños nacidos ANTES del 1 enero de 2015)

<u>Allegany</u>	<u>Baltimore Co.</u> <u>(continuación)</u>	<u>Carroll</u>	<u>Frederick</u> <u>(continuación)</u>	<u>Kent</u>	<u>Prince George's</u> <u>(continuación)</u>	<u>Queen Anne's</u> <u>(continuación)</u>
TODOS	21212	21155	21776	21610	20737	21640
	21215	21757	21778	21620	20738	21644
<u>Anne Arundel</u>	21219	21776	21780	21645	20740	21649
20711	21220	21787	21783	21650	20741	21651
20714	21221	21791	21787	21651	20742	21657
20764	21222		21791	21661	20743	21668
20779	21224	<u>Cecil</u>	21798	21667	20746	21670
21060	21227	21913			20748	
21061	21228		<u>Garrett</u>	<u>Montgomery</u>	20752	<u>Somerset</u>
21225	21229	<u>Charles</u>	TODOS	20783	20770	TODOS
21226	21234	20640		20787	20781	
21402	21236	20658	<u>Harford</u>	20812	20782	<u>St. Mary's</u>
	21237	20662	21001	20815	20783	20606
<u>Baltimore Co.</u>	21239		21010	20816	20784	20626
21027	21244	<u>Dorchester</u>	21034	20818	20785	20628
21052	21250	TODOS	21040	20838	20787	20674
21071	21251		21078	20842	20788	20687
21082	21282	<u>Frederick</u>	21082	20868	20790	
21085	21286	20842	21085	20877	20791	<u>Talbot</u>
21093		21701	21130	20901	20792	21612
21111	<u>Ciudad de</u> <u>Baltimore</u>	21703	21111	20910	20799	21654
	TODOS	21704	21160	20912	20912	21657
21133		21716	21161	20913	20913	21665
21155		21718				21671
21161	<u>Calvert</u>	21719				21673
21204	20615	21719	<u>Howard</u>	<u>Prince George's</u>	<u>Queen Anne's</u>	21676
21206	20714	21727	20763	20703	21607	
21207		21757		20710	21617	
21208	<u>Caroline</u>	21758		20712	21620	<u>Washington</u>
21209	TODOS	21762		20722	21623	TODOS
21210		21769		20731	21628	
						<u>Wicomico</u>
						TODOS
						<u>Worcester</u>
						TODOS

Preguntas de diagnóstico del cuestionario de evaluación de riesgo por plomo:

1. ¿Vive o visita regularmente una casa/edificio construido antes de 1978 con pintura descamada o astillada, una renovación o una remodelación reciente/en curso?
2. ¿Alguna vez ha vivido fuera de los Estados Unidos o ha llegado recientemente de un país extranjero?
3. ¿Hermano, compañero de casa o compañero de juego que está siendo tratado por intoxicación por plomo o al que se le está realizando un seguimiento por esta?
4. Si nació antes del 1/1/2015, ¿vive en un código postal de 2004 «en riesgo»?
5. ¿Con frecuencia se pone cosas en la boca como juguetes, joyas o llaves, come artículos no alimenticios (pica)?
6. ¿Contacto con un adulto cuyo trabajo o pasatiempos implica la exposición al plomo?
7. ¿Vive cerca de una fundición activa de plomo, una planta de reciclaje de baterías, otra industria relacionada con el plomo o una carretera donde el suelo y el polvo pueden estar contaminados con plomo?
8. ¿Utiliza productos de otros países como remedios para la salud, especias o alimentos, o almacena o sirve alimentos en cristal, cerámica o estaño con plomo?

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE WORCESTER

Servicios estudiantiles

6270 Worcester Highway, Newark, MD 21841

Autorización para el intercambio y la divulgación de información sobre salud y educación, y vacunas conforme a la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Nombre del paciente/estudiante: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Por el presente autorizo a _____

(insertar el nombre, el título, el domicilio y el número de teléfono del proveedor de atención médica)

y a _____

(insertar el nombre, el título, el domicilio y el número de teléfono del funcionario escolar)

a que intercambie la información/los registros de salud y educación de mi hijo para el propósito que se indica a continuación.

Descripción:

La información que se divulgará consiste en:

La información educativa que se divulgará consiste en:

Propósito: esta información se utilizará para los siguientes fines:

1. evaluación educativa y planificación de programas
2. evaluación de la salud y planificación de los servicios de atención médica y el tratamiento en la escuela
3. evaluación médica y tratamiento
4. vacunas
5. otro: _____

Autorización

Esta autorización es válida por un año calendario. Expirará el _____ (insertar fecha). Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el aviso por escrito del retiro de mi consentimiento. Reconozco que estos registros, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la norma de privacidad de HIPAA, sino que se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos y Privacidad de Educación Familiar (FERPA). También entiendo que si me niego a firmar, tal negativa no interferirá con la capacidad de mi hijo para obtener atención médica.

Firma del progenitor

Fecha

Nombre en letra de imprenta, domicilio y nro. de teléfono

Firma del estudiante *

Fecha

* Si un estudiante menor de edad está autorizado a dar su consentimiento para la atención médica sin el consentimiento de los padres en virtud de la ley federal o estatal, solo el estudiante firmará este formulario de autorización. En Maryland, un menor competente, dependiendo de la edad, puede dar su consentimiento para la atención ambulatoria de salud mental, abuso de drogas y alcohol, pruebas de VIH/sida y servicios de salud reproductiva.

Copias: Padre o estudiante*
Médico u otro proveedor de atención médica que divulga la información de salud protegida
Funcionario escolar que solicita/recibe la información de salud protegida

Rev. 7/13

Worcester County Public Schools
HOME LANGUAGE SURVEY

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ M F
 Nombre del padre/tutor: _____
 Dirección: _____
 Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

De acuerdo con los requisitos federales y estatales, la Encuesta del Idioma en el Hogar se administrará a todos los estudiantes y se utilizará solo para determinar si un estudiante necesita servicios de apoyo en el idioma inglés y no se utilizará para asuntos de inmigración o informada a las autoridades de inmigración.

Si se indica un idioma distinto del inglés en dos o más de las tres preguntas siguientes, el estudiante será evaluado para los servicios de apoyo del idioma inglés. Se podría considerar criterios adicionales para las pruebas.

1. ¿Qué idioma o idiomas aprendió el estudiante a hablar primero? _____
2. ¿Qué idioma utiliza el estudiante más a menudo para comunicarse? _____
3. ¿Qué idioma o idiomas se hablan en su hogar? _____

Si se indicó un idioma distinto del inglés en dos o más de las preguntas anteriores, complete las siguientes cuatro preguntas.

4. ¿En qué país nació su hijo? _____
5. ¿Su hijo ha asistido a alguna escuela en los EE.UU.? Sí No
 En caso afirmativo, nombre de la escuela: _____ Estado: _____ Fecha: _____
6. ¿Su hijo puede leer y escribir en su idioma de origen? Sí No
7. Describa el idioma que entiende su hijo, (Marque sólo uno)
 - Entiende sólo el idioma de origen y no el inglés.
 - Entiende el idioma de origen y el inglés por igual.
 - Entiende sólo inglés.

If a language other than English is indicated on two or more of the first three (1-3) questions, please forward one copy to the ESOL/instructor in your building and one copy to Angela R. Paris at the Central Office.

OFFICE USE ONLY			
Date Received	Date Assessed	Qualifies for ESOL Services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ESOL Instructor

Registro de examen físico

REGISTRO DEL
ESTUDIANTE
FICHA 6
Departamento de
Educación del Estado de
Maryland
Rev. 03/01

A los padres o tutores:

Para que su hijo ingrese a una escuela pública de Maryland por primera vez, se requiere lo siguiente:

- *Un examen físico realizado por un médico o un enfermero profesional certificado que debe realizarse nueve meses antes de ingresar al sistema de escuelas públicas o seis meses después de ingresar al sistema. Para cumplir este requisito se utilizará un formulario de examen físico designado por el Departamento de Educación del Estado de Maryland y el Departamento de Salud e Higiene Mental (ver Código de Reglamentos de Maryland, COMAR, 13A.05.05.07).*
- *Todos los estudiantes de preescolar hasta el duodécimo grado requieren pruebas de vacunación primaria completas contra ciertas enfermedades transmisibles infantiles. Se puede obtener un formulario de certificación de vacunación de Maryland para estudiantes recién matriculados del departamento de salud local o del personal escolar. El formulario de certificación de vacunas (Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland, DHMH, 896) o un formulario impreso o generado por computadora y las vacunas necesarias deben completarse antes de que el niño pueda asistir a la escuela.*

Se permiten excepciones a los exámenes físicos y a las vacunas si son contrarias a las creencias religiosas de un estudiante o de su familia. Los estudiantes también pueden quedar exentos de los requisitos de vacunación si un médico/enfermero o un funcionario del departamento de salud certifica que existe una razón médica para no recibir una vacuna.

La información de salud de este formulario estará disponible solo para el personal de salud y educación que tenga un interés educativo legítimo en su hijo.

Completar la parte I de este formulario de examen físico. La parte II debe ser completada por un médico o enfermero profesional, o una copia del examen físico de su hijo debe adjuntarse a este formulario.

Si su hijo necesita medicamento que deba ser administrado en la escuela, usted debe pedir al médico que complete el formulario de administración de medicamentos. Este formulario se puede obtener de la escuela de su hijo. Si usted no tiene acceso a un médico o enfermero profesional, o si su hijo requiere un procedimiento especial de salud individualizado, póngase en contacto con el director o el enfermero de la escuela de su hijo.

Departamento de Salud e Higiene Mental del Estado de Maryland

Departamento de Educación del Estado de Maryland

Retención de registros: esta ficha debe conservarse hasta que el estudiante cumpla 21 años.

PARTE I: EVALUACIÓN DE SALUD
Para ser completado por el progenitor o tutor

Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mes día año)	Sexo (M/F)	Nombre de la escuela	Grado
Domicilio (número, calle, ciudad, estado, código postal)			Nro. de teléfono	
Nombres del progenitor/tutor				
Contacto de emergencia			Nro. de teléfono	
¿Dónde suele llevar a su hijo para recibir atención médica?			Nro. de teléfono	
Nombre:		Domicilio:		
¿Cuándo fue la última vez que su hijo se hizo un examen físico? Mes			Año	
¿Dónde suele llevar a su hijo para la atención dental?			Nro. de teléfono	
Nombre:		Domicilio:		
EVALUACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE				
A su leal saber y entender, ¿tiene su hijo algún problema con lo siguiente? Marcar sí o no.				
	Sí	No	Comentarios	
Alergias (alimentos, insectos, medicamentos, látex)				
Alergias (estacionales)				
Asma o problemas respiratorios				
Problemas de comportamiento o emocionales				
Defectos de nacimiento				
Problemas de sangrado				
Parálisis cerebral				
Diabetes				
Problemas de oído o sordera				
Problemas oculares o de visión				
Lesión en la cabeza				
Problemas cardíacos				
Hospitalización (cuándo, dónde)				
Intoxicación por plomo/exposición al plomo				
Límites de actividad física				
Meningitis				
Prematuridad				
Problema de vejiga				
Problema de intestinos				
Problema de tos				
Convulsiones				
Reacciones alérgicas graves				
Enfermedad de células falciformes				
Problemas de habla				
Cirugía				
Otro				
¿Su hijo toma algún medicamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombres de los medicamentos: _____				
¿Su hijo está recibiendo en algún tratamiento especial? (nebulizador, EpiPen, cateterización, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tratamiento _____				
Firma del progenitor/tutor _____			Fecha: _____	

PARTE II: EVALUACIÓN DE SALUD DE LA ESCUELA
 Para ser completado **SOLO** por el médico/enfermero profesional

Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mes día año)	Sexo (M/F)	Nombre de la escuela	Grado
--	-----------------------------------	------------	----------------------	-------

1. ¿Tiene el niño una afección médica que puede requerir una ACCIÓN DE EMERGENCIA mientras está en la escuela? (p. ej., convulsiones, alergia a picaduras de insectos, asma, problemas de sangrado, diabetes, problemas cardíacos u otros problemas) En caso afirmativo, DESCRIBIR.
 No Sí _____

2. ¿Tiene el niño una afección médica diagnosticada?
 No Sí _____

3. ¿Hay indicios de preocupación en las áreas que se enumeran a continuación? Indicar los resultados del examen colocando una «X» en el espacio correspondiente.

PROBLEMA

Área de salud	No evaluado			Área de salud	No evaluado		
	Sí	No	No evaluado		Sí	No	No evaluado
Déficit de atención/hiperactividad				Exposición al plomo/nivel de plomo			
Comportamiento/adaptación				Movilidad			
Intestinos/vejiga				Neurológica			
Cardíaca				Nutrición			
Dental				Enfermedad/impedimento físico			
Desarrollo				Psicosocial			
Endocrina				Respiratorio			
Gastrointestinal				Piel			
Genitourinario				Habla/lenguaje			
Audición				Visión			
Inmunodeficiencia				Otro			

OBSERVACIONES: (explicar las opciones afirmativas e incluir las recomendaciones para la derivación y el tratamiento)

4. REGISTRO DE VACUNAS: esta sección solo debe utilizarse si el DHMH 896 no está disponible o para registrar dosis adicionales de vacunas.

REGISTRO DE VACUNAS

Cant. dosis	Tipo de vacuna									
	DTP-DtaP DT-TD MM/DD/AA	Polio MM/DD/AA	Hib MM/DD/AA	Hep. B MM/DD/AA	M-M-M-R MM/DD/AA	Sarampión* MM/DD/AA	Rubeola* MM/DD/AA	Paperas* MM/DD/AA	Varicela MM/DD/AA	
1										
2										
3										
4										
5										

* Se pueden anotar la verificación del análisis de sangre de inmunidad y la fecha en lugar de la fecha de vacunación.

5. ¿El niño está tomando medicamentos a largo plazo? En caso afirmativo, indicar el diagnóstico

No Sí

(Se debe completar un formulario de administración de medicamentos para la administración en la escuela).

6. ¿Debe haber alguna restricción de la actividad física en la escuela? En caso afirmativo, especificar la naturaleza y la duración de la restricción

No Sí

7.	Resultados	Fecha
Prueba de tuberculina		
Presión arterial		
Altura		
Peso		

(Nombre del niño) _____ ha sido sometido a un examen físico completo y no tiene

- ningún problema evidente que pueda afectar al aprendizaje o a la plena participación escolar
 los problemas descritos anteriormente.

Médico/enfermero profesional (en letra de imprenta o impresión)	Número de teléfono	Firma de médico/enfermera profesional	Fecha
---	--------------------	---------------------------------------	-------

Comentarios adicionales: