

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN PARA PADRES/GUARDIANES

Si usted está inscribiendo a un estudiante por primera vez en una escuela pública en el Condado de Wicomico, favor de completar las siguientes formas:

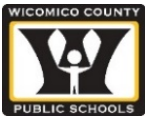
- ❖ Formato de Información Personal y de Inscripción
- ❖ Registro de Exámen Físico para Escuelas en Maryland
- ❖ Formato Personal de Etnicidad y Raza
- ❖ Aplicación a PreK3 o PreK 4 (si es necesario)
- ❖ Formato de Experiencia PreKindergarten (PreK3- Kindergarten)
- ❖ Cuestionario a alumnos (PreK3- Kindergarten solamente)
- ❖ Formato de Sociedades con el Centro Judy (Beaver Run y Pemberton PreK3- Kindergarten solamente)

Usted deberá traer los siguientes documentos para poder inscribir al estudiante:

- ❖ Certificado de Nacimiento
- ❖ Tarjeta de Seguridad Social
- ❖ Comprobante de Ingresos para Pre-Kindergarten 3 y 4 años de edad SOLAMENTE “Formato de Impuesto del año anterior o W-2”
 - 4 talones de cheque consecutivos mas recientes
 - Carta de Elegibilidad para el Estado de Maryland (*si aplica*)
- ❖ Registro de vacunas y registro reciente de exámen físico
- ❖ IEP o 504 (si aplica)
- ❖ Documentos de Custodia de la Corte (si aplica)
- ❖ Transcripciones académicas o boleta actual (si aplica)
- ❖ 2 formas de comprobante de domicilio...
 - Dueño de Casa
 - Recibo de hipoteca o de impuestos de la propiedad mas uno de los siguientes:
 - Comprobante del servicio de gas con dirección
 - Comprobante del servicio de agua con dirección
 - Comprobante del servicio de electricidad con dirección
 - Arrendatario
 - Acuerdo de renta vigente mas uno de los siguientes:
 - Comprobante del servicio de gas con dirección
 - Comprobante del servicio de agua con dirección
 - Comprobante del servicio de electricidad con dirección

Los comprobantes de domicilio deberán estar a nombre del padre o del guardian legal.

Si vive con alguien y todos los recibos estan a nombre de esa persona, favor de llenar el formulario de “residencia compartida”. Para ello, tanto el padre/guardian legal y la persona con la que comparten domicilio, deberán mostrar identificación con fotografía como comprobante de domicilio.



Formato de Información Personal y de Inscripción

Año Escolar _____ Grado _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: Nombre Legal Solamente				
Nombre		Segundo Nombre		Apellido
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)	Género	Lugar de Nacimiento	Dirección (Número de casa/Calle)	Ciudad / Estado / Código Postal
Dirección para correo (PO Box/Ciudad/Estado/ Código Postal)			Información sobre la última escuela donde asistió ...	
			Nombre de la Escuela / Ciudad / Estado / Código Postal	
¿Es la inscripción en las WCPS resultado de un desastre natural? Sí ___ NO ___ Si El lugar de nacimiento es fuera de US, favor de responder las siguientes preguntas: ¿Cuándo entró el estudiante a US por primera vez? _____ ¿Ha asistido el estudiante a una o mas escuelas en US por mas de 3 años completos? Sí ___ No ___ ¿Ha tenido el estudiante un tiempo escolar interrumpido antes de inscribirse en una escuela de US? Sí ___ No ___ En caso que "Sí", favor de anotar las fechas de _____ hasta _____			El estudiante... Tiene un IEP? Sí ___ No ___ Tiene un Plan 504? Sí ___ No ___ Habla Inglés con fluidez? Sí ___ No ___	
Conexión Militar:				
¿Está relacionado el estudiante con la militar, la Guardia Nacional o en los componentes de reservas de los servicios del ejército de los Estados Unidos como resultado del estatus de servicio activo de uno o mas de sus padres o guardianes legales?				
_____ <u>No</u> , el estudiante no tiene conexiones militares. _____ <u>Sí</u> , el estudiante tiene conexiones militares. El estudiante depende de un miembro activo (tiempo completo) de las Fuerzas Armadas, Marina, Aérea, o la Guardia Costera, Nacional o Fuerzas Reservadas (Ejército, Marina, Aérea, o la Guardia Costera). ¿Cuál rama? _____ Nombre del Padre o Guardian _____ _____ <u>Desconocido</u> : Es desconocido si el estudiante tiene o no una conexión militar.				

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN: Favor de notar que la identificación del padre/guardian debe ser verificada con un acta de nacimiento u algún otro documento legal.					
Nombre		Segundo Nombre		Apellido	Relación con el Estudiante
Dirección			Ciudad	Estado/Código Postal	
Teléfono de casa	Teléfono Celular	Nombre del Empleador		Teléfono del Trabajo	¿Vive con estudiante? Sí ___ No ___
				Correo electrónico:	
¿Necesita Intérprete? Sí ___ No ___ Idioma en el Hogar _____			¿Recibe correspondencia escolar? Sí ___ No ___		
Nombre		Segundo Nombre		Apellido	Relación con el Estudiante
Dirección			Ciudad	Estado/Código Postal	
Teléfono de casa	Teléfono Celular	Nombre del Empleador		Teléfono del Trabajo	¿Vive con estudiante? Sí ___ No ___
				Correo electrónico:	
¿Necesita Intérprete? Sí ___ No ___ Idioma en el Hogar _____			¿Recibe correspondencia escolar? Sí ___ No ___		

INFORMACIÓN DE HERMANOS/AS			
Nombre del Hermano/a	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que asiste	Grado

CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES – Favor de proveer información de personas que podrán ser contactadas en el evento de una emergencia, si su hijo/a se enferma y no lo podemos contactar a usted directamente.			
CONTACTO 1 – Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Dirección	Ciudad	Ciudad / Estado / Código Postal	
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo	Relación con el Estudiante
CONTACTO 2 – Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Dirección	Ciudad	Ciudad / Estado / Código Postal	
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo	Relación con el Estudiante
Contacto de Emergencia Médica – Será contactado solamente si se requiere Nombre del Doctor _____ Teléfono de la Oficina _____			

TRANSPORTE: Favor de proveer información del transporte hacia y de la escuela.	
Dirección donde se recogerá (hacia la escuela)	Dirección donde se dejará (de la escuela)
Viaja por.... Autobus escolar ___ Padre(s) ___ Caminará ___ Favor de proveer información de la guardería si es que la dirección donde se recogerá al estudiante es diferente de la dirección del hogar. _____ Teléfono _____ Nombre del proveedor de Guardería _____ Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal	Viaja por.... Autobus escolar ___ Padre(s) ___ Caminará ___ Favor de proveer información de la guardería si es que la dirección donde se dejará al estudiante es diferente de la dirección del hogar. _____ Teléfono _____ Nombre del proveedor de Guardería _____ Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal

COMPARTIR INFORMACIÓN CON RECLUTAS DE LA MILITAR: (Esta sección deberá ser completada por padres/guardianes de estudiantes en escuela preparatoria de 18+ de edad)
<p>La Ley Federal requiere que el sistema escolar provea a los reclutas militares los nombres de estudiantes, sus direcciones y teléfono, a menos que los padres/guardianes (o si el estudiante es mayor de 18) escojan no dar información a los reclutas. La escuela entregará dos veces al año una lista de los alumnos que no quieren que se comparta su información.</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudiantes de más de 18 años de edad o los padres/guardianes que quieren que se comparta la información deben dejar en blanco el cuadrado de abajo. Estudiantes de más de 18 años de edad o los padres/guardianes que no quieren que se compartan los nombres de estudiantes, sus direcciones y teléfono deben marcar el cuadrado de abajo. <p><input type="checkbox"/> No compartan la información de contacto.</p> <p>Nombre del Estudiante (letra de molde) _____</p> <p>Nombre del Padre/Guardian o Estudiante (si tiene 18+ años de edad) (letra de molde) _____</p> <p>Firma del Padre/Guardian o Estudiante (si tiene 18+ años de edad) _____</p>

Requerimiento de Firma

Yo verifico con mi firma que toda la información proveída es verídica y certera.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Revisado 8/15/18



Derecho a Negar Participar en Publicidad de Actividades Estudiantiles

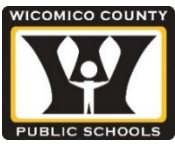
Cada año escolar ofrece muchas oportunidades para publicar y celebrar las actividades escolares. La publicidad puede tomar muchas formas, incluyendo pero no limitado a: fotografía para colgar en paredes escolares o aparecer en monitores escolares; información periodística, fotos y videos compartidos en televisión, radio y periódicos; entrevistas con medios, historias, fotos y videos para televisión, radio y periódicos (a discreción del Director); eventos de la Junta de Educación; eventos especiales; video para uso escolar o para historias a publicarse en el periódico escolar o en publicaciones de la Junta de Educación; fotos en la página web escolar y/o página web de la Junta de Educación u otros sitios en la web afiliados a la escuela o al sistema escolar; o actividades instruccionales en línea.

Esta escuela y las demás escuelas públicas del Condado de Wicomico están muy orgullosos de los logros de sus estudiantes, y saben que los padres y guardianes también lo están. La publicidad puede ser una parte positiva en la experiencia escolar. **Los padres y guardianes que quieren que su alumno participe NO deberán tomar acción alguna**

Si algún padre o guardian no desea que su estudiante aparezca públicamente debe notificar a la escuela por escrito que su estudiante es “opted out of publicity” (no desea salir en publicidad). Este aviso deberá ser entregado a la escuela en menos de 2 semanas después del inicio de clases o a dos semanas de que el estudiante se inscriba a una escuela en el Condado de Wicomico durante el año escolar. La escuela mantendrá un registro de todos aquellos que no desean salir en la publicidad. Un padre o guardian podrá cambiar esta condición en cualquier momento por medio de una solicitud escrita entregada en la escuela.

Favor de notar que ciertos eventos escolares por su naturaleza son públicas y la publicidad en el sentido de fotografías, video, y publicaciones en redes sociales, etc. no está bajo el control de la escuela o el sistema escolar. Estos eventos incluyen conciertos, ceremonia de premios, actividades atléticas extracurriculares, competencias en el condado, exposición de arte en el condado, y eventos de fin de año como graduaciones y ceremonias de inicio de escuela preparatoria. Los nombres de los estudiantes aparecerán en programas de los eventos, lista de honor, pinturas y libros de generación (junto con fotografía) al menos que el padre/guardian haga otro escrito específico, con el nombre del estudiante y con la petición de que no salga en las imágenes.

Favor de contactar la escuela si tiene preguntas. Gracias y que tenga un maravilloso año escolar.



FORMATO PERSONAL DE ETNICIDAD Y RAZA

Leyes Federales y Estatales requieren el uso de la siguiente clasificación racial y étnica para los estudiantes de las escuelas públicas en Maryland. Favor de completar **AMBAS Parte 1 y Parte 2** de este formato.

Nombre Legal del Estudiante:	Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Sufijo
Número de Seguridad Social del Estudiante:	-	-	Fecha:	

Direcciones: PARTE 1

Lea la definición abajo y ponga una "X" en el lugar que corresponda a la descendencia del estudiante. Si esta forma NO esta completa, la etnicidad se pondrá como "NO- No Hispano o Latino".

Hispano o Latino- Una persona quien es cubana, Mexicana, Puertorriqueña, de Centro o Sur América o alguna otra cultura de origen español independientemente de su raza. El término "origen Español" puede ser usado en adición a "hispano o latino".

PARTE 1: ¿Es Hispano o Latino? MARQUE UNO: Sí No

Direcciones: PARTE 2

Usando las descripciones abajo, coloque una "X" en la opción que mejor indica la raza del estudiante. Deberá escoger una raza, sin importar etnicidad Latina o hispana. Se puede marcar mas de una opción si así lo requiere. Si NO se completa esta forma, la raza del estudiante será identificada por un empleado distrital escolar

PARTE 2: Marque una o mas razas:

1	<i>Nativo Americano o Nativo de Alaska</i>	Una persona con orígenes nativos de Norte y Sur América (incluyendo América Central), y quien mantiene una afiliación tribal o relación comunitaria.
2	<i>Asiático</i>	Una persona con orígenes nativos del Lejano Oriente, Sureste Asiático o del subcontinente Hindú incluyendo por ejemplo, Cambodia, China, India, Japón, Korea, Malaysia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.
3	<i>Negro o Afro americano</i>	Una persona con orígenes nativos de cualquier grupo racial negro de África
4	<i>Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico</i>	Una persona con orígenes nativos de las islas de Hawaii, Guam, Samoa u otra isla del Pacífico
5	<i>Blanco</i>	Una persona con orígenes nativos de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África

Yo verifico que la información en este formato es correcto _____
 Firma del Estudiante (18 o mayor), Padre/Guardian Date

O

Firme aquí solamente si se rehúsa a identificar la raza.
 Como estudiante (18 o mayor) o el padre/guardian _____
 Del estudiante listado en este formato, yo me **rehúso a** Firma del Estudiante (18 o mayor), Padre/Guardian (solo si se rehúsa) Date
Identificar la raza y etnicidad.

Observer signs only if student (18 or older) or parent/guardian refuses to identify race and ethnicity.
 I am the **observer who identified** the student listed on this form. _____
 Signature and Title of School Official (only if student (18+), parent/guardian refuse Date



Escuelas Públicas del Condado de Wicomico

Encuesta de Idioma en el Hogar

Año Escolar _____
Grado Escolar Actual _____

Nombre de la Escuela _____

Nombre Legal del Estudiante _____			
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Guardian Legal _____			
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Dirección _____			
Calle	# Apt	Ciudad	Estado
Código Postal			
Teléfono (_____) _____		Correo Electrónico _____	

De acuerdo con los requerimientos federales y estatales, la Encuesta de Idioma en el Hogar será realizada a todos los estudiantes y utilizada solamente para determinar si el estudiante requiere servicios de apoyo en el idioma Inglés y no será utilizada para asuntos migratorios o para reportar a autoridades migratorias.

Si otro idioma que no sea Inglés es la respuesta en dos o mas de las tres preguntas de abajo, el estudiante debe ser evaluado para los servicios de apoyo en el idioma Inglés. Criterios adicionales para la evaluación pueden ser considerados.

1. ¿Qué idioma aprendió a hablar primero el estudiante? _____
2. ¿Qué idioma utiliza mas frecuentemente el estudiante para comunicarse? _____
3. ¿Qué idioma(s) se habla en su hogar? _____

Favor de contestar las siguientes preguntas:

Sección A: Fecha de Nacimiento: ____/____/____
MM DD YYYY

¿El estudiante nació en los Estados Unidos? Sí No

En caso que sí, ¿en qué estado? _____ En caso que no, ¿en qué país? _____

En caso que no, fecha de entrada a US: ____/____/____
MM DD YYYY

Sección B:

¿Ha asistido su hijo a alguna escuela en los Estados Unidos por tres años durante su vida? Sí No

En caso que sí, favor de proveer el nombre de la escuela, estado y fechas en que asistió:

Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencia de _____ a _____

Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencia de _____ a _____

Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencia de _____ a _____

Escuela Interrumpida:

¿Ha tenido su hijo un tiempo escolar interrumpido antes de inscribirse en una escuela de U.S.? sí No

En caso que sí, las fechas de interrupción de _____ a _____

Sección C:

4. Favor de marcar si el estudiante es:

- | | |
|---|--|
| a. <input type="checkbox"/> Indio Nativ Americano | c. <input type="checkbox"/> Nativo de las Islas del Pacífico |
| b. <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | d. <input type="checkbox"/> Nativo de las Islas Vírgenes de U.S. |

5. ¿Su hijo aprendió primero o utiliza en casa otro idioma además del Inglés? Sí No

6. ¿En qué país ha residido su hijo recientemente? _____

7. Favor de marcar la opción que describe el idioma que entiende su hijo. **(Marcar uno solamente)**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entiende el idioma de casa y no Inglés. | <input type="checkbox"/> Entiende mayormente el idioma de casa y poco Inglés. |
| <input type="checkbox"/> Entiende el idioma de casa e Inglés por igual. | <input type="checkbox"/> Entiende mayormente Inglés y poco el idioma de casa. |
| <input type="checkbox"/> Entiende solamente Inglés. | |

Firma del Guardian Legal

Fecha

OFFICE USE ONLY			
Student ID #	Date Distributed	Date Received	



WICOMICO COUNTY PUBLIC SCHOOLS

APLICACIÓN CONFIDENCIAL AL PRE-KINDERGARTEN-4 2018-2019

Pre-K 4

EL ALUMNO DEBE TENER 4 AÑOS DE EDAD EN O ANTES DE 9/1/2018

Office Use Only (✓ as completed)

Proof of Immunizations _____ Proof of Residency _____ Residency Statement (if applicable) _____ Proof of Birth _____ Social Security _____

Complete la información personal. (Con letra de molde)

Nombre Legal del Estudiante:		
Nombre de la Escuela:		
Fecha de Nacimiento:	Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:
Nombres de Padres/Guardianes:		
Domicilio:	Ciudad, Estado, Código Postal:	

Favor de Marcar los que aplican (✓)	Marcar ✓
Un miembro de la familia recibió servicio de comidas gratis o precio reducido durante el año escolar Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____	
No cuenta con vivienda (reside en un albergue público o privado, etc.)	
Asistencia Temporal de Efectivo (TCA) número del caso: _____ Número de estampas alimenticias: _____	

Información de Ingreso Familiar

(La documentación de Ingresos debe ser proveída)

Nombre de todas las personas que residen en la vivienda incluyendo los niños listados arriba	Fecha de Nacimiento	Edad	Ingreso Mensual Bruto antes de deducciones		Pagos mensuales de ayuda gubernamental o pensión alimenticia	Pagos mensuales por pension, retiro o seguridad social	Cualquier otro ingreso mensual
			Trabajo 1	Trabajo 2			
1.			\$	\$	\$	\$	\$
2.			\$	\$	\$	\$	\$
3.			\$	\$	\$	\$	\$
4.			\$	\$	\$	\$	\$
5.			\$	\$	\$	\$	\$
6.			\$	\$	\$	\$	\$
7.			\$	\$	\$	\$	\$
8.			\$	\$	\$	\$	\$
9.			\$	\$	\$	\$	\$
10.			\$	\$	\$	\$	\$

# de miembros en la vivienda:	Total de Ingresos en la vivienda \$
--------------------------------------	--

(OVER)

Cuadro de Ingresos ** - Efectivo Julio 1, 2018 – Junio 30, 2019

Vivienda/ Tamaño de la Familia	100%	125%	138%	150%	175%	185%	200%	225%	250%	275%	300%
1	\$12,140	15,175	16,753	18,210	21,245	22,459	24,280	27,315	30,350	33,385	36,420
2	\$16,460	20,575	22,715	24,690	28,805	30,451	32,920	37,035	41,150	45,265	49,380
3	\$20,780	25,975	28,676	31,170	36,365	38,443	41,560	46,755	51,950	57,145	62,340
4	\$25,100	31,375	34,638	37,650	43,925	46,435	50,200	56,475	62,750	69,025	75,300
5	\$29,420	36,775	40,600	44,130	51,485	54,427	58,840	66,195	73,550	80,905	88,260
6	\$33,740	42,175	46,561	50,610	59,045	62,419	67,480	75,915	84,350	92,785	101,220
7	\$38,060	47,575	52,523	57,090	66,605	70,411	76,120	85,635	95,150	104,665	114,180
8	\$42,380	52,975	58,484	63,570	74,165	78,403	84,760	95,355	105,950	116,545	127,140
9	\$46,700	58,375	64,446	70,050	81,725	86,395	93,400	105,075	116,750	128,425	140,100
10	\$51,020	63,775	70,408	76,530	89,285	94,387	102,040	114,795	127,550	140,305	153,060

Criterio de Prioridad (El estudiante debe tener 4 años de edad en Septiembre 1, 2018)		Marcar ✓
4	Al nacer, su peso fue menor de 5 libras (prematureo)	
3	Tiene problemas auditivos, visuales o del habla/lenguaje o un IEP o IFSP actual	
2	Habla Inglés como Segundo idioma	
1	Cuenta con documentación del Departamento de Servicios Sociales, Crisis de Vida o una orden de la Corte	
Otro		
Determinado por el Director o Supervisor		

La documentación para comprobar los ingresos debe ser entregada y verificada antes de la aceptación del estudiante al programa. Las Escuelas Públicas del Condado de Wicomico se reservan el derecho de solicitar documentación adicional sobre el ingreso familiar durante el año escolar. Si usted es aceptado en el programa y después su caso no califica, se le podría solicitar una cuota de inscripción por cada uno de los estudiantes que pertenezcan a su familia que no califiquen en el programa.

Mi firma en la parte de abajo de esta hoja, afirma que toda la documentación entregada es correcta y verificable. He leído y estoy de acuerdo con los términos de ésta aplicación.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____

Office Use Only (✓ as completed): <i>Principal or Designee Only</i>	
Federal Guidelines: 100% _____ up to 185% _____ up to 200% _____ up to 300% _____ over 300% _____	
I have verified all income documentation provided and found it <input type="checkbox"/> meets <input type="checkbox"/> does not meet, the Prekindergarten Program requirements for this site.	
_____ <i>Principal Print</i>	_____ <i>Principal Signature</i>
	_____ <i>Date</i>



WICOMICO COUNTY PUBLIC SCHOOLS

EXPERIENCIA DEL PREKINDERGARTEN

Año Escolar 2018-2019

El Departamento de Educación del Estado de Maryland (MSDE) requiere que el Condado de Wicomico recolecte información sobre todos los nuevos estudiantes que se inscriben al kindergarten y sus experiencias en el cuidado temprano. Utilizando las definiciones que se encuentran abajo en esta hoja, favor de proveer la siguiente información y entregar el formato a la escuela en la que inscribirá a su hijo/a.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___
(Favor de escribir el nombre legal completo del estudiante)

Nombre de la Escuela _____

1. ¿Ha estado su hijo/a bajo cuidados en la casa o con algún familiar desde el pasado mes de Septiembre? ___ Sí ___ No

2. En caso que no, ¿en qué tipo de institución de cuidado pasó su hijo/a la mayor parte del día desde el pasado mes de Septiembre? (Seleccione solamente una opción)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Pre-Kindergarten |
| <input type="checkbox"/> Child Care Center | <input type="checkbox"/> Family Child Care |
| <input type="checkbox"/> Non-Public Nursery School | <input type="checkbox"/> Kindergarten |

En adición a la experiencia seleccionada arriba, ¿ha recibido su hijo/a alguno de los siguientes servicios? Escriba en la línea el nombre de la escuela, centro o proveedor. (Seleccione todas las opciones que aplican)

	Descripción		Descripción
<input type="checkbox"/>	Head Start	<input type="checkbox"/>	Even Start
<input type="checkbox"/>	Pre-Kindergarten	<input type="checkbox"/>	HIPPY
<input type="checkbox"/>	Child Care Center	<input type="checkbox"/>	Parents as Teachers
<input type="checkbox"/>	Family Child Care	<input type="checkbox"/>	Preschool Special Ed.
<input type="checkbox"/>	Non-Public Nursery	<input type="checkbox"/>	Otros No Listados

Definición de las Categorías MSDE de las Experiencias de Cuidado Temprano

Head Start. Programa de Preescolar proveído por el sistema local de escuelas públicas u organizaciones no-públicas para niños de 2-5 años de edad miembros de familias de bajos recursos. (Licencia otorgada por la oficina de MSDE del Cuidado Infantil)

Pre-Kindergarten. Programa educativo de Preescolar para niños de 4 años. (Administrado por la Junta local de Educación y regulado por la MSDE u otro departamento de educación del Estado.)

Child Care Center. Servicios proveídos en un centro de cuidados, usualmente no residencial, que por parte o durante todo el día provee cuidados en la ausencia de los padres. (Licencia otorgada por la oficina de MSDE del Cuidado Infantil)

Family Child Care. Cuidados ofrecidos en una residencia diferente a la de la familia y por los cuales, el prestador del servicio recibe una compensación de pago. (Licencia otorgada por la oficina de MSDE del Cuidado Infantil)

Non-Public Nursery School. Programa de preescolar con un enfoque "educativo" para niños de 3 y 4 años, usualmente solo parte del día, nueve meses al año. (Regulado por MSDE u otro departamento de educación del Estado)

Kindergarten. Estudiante que repite el kindergarten.

Even Start. Programa de Literatura familiar que incluye servicios para infantes, de crianza y educación para adultos. (Administrado por juntas locales de educación y monitoreado por MSDE)

HIPPY. Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters. Programa de visitas al hogar, donde los padres ayudan a sus hijos en el aprendizaje temprano. (Administrado por organizaciones públicas y privadas)

Parents as Teachers. Programa de visitas al hogar, donde los padres ayudan a sus hijos en el aprendizaje temprano. (Administrado por organizaciones públicas y privadas)

Preschool Special Education. Servicios para niños con discapacidades.

Otros no listados. Cualquier otro programa o servicio que no este incluido en la lista, incluyendo aquellos a los cuales asistieron en otro país



Sandra L. Drummond
 Supervisor de los Programas de Etapas Tempranas de la Niñez y Título I

Querido Padre/Guardian,

Durante los siguientes meses, la Junta de Educación ofrecerá sesiones informativas sobre los preparativos escolares y otros asuntos importantes para todos quienes tienen a su cuidado a niños pequeños. Favor de proveer la siguiente información para que podamos organizar e informarle sobre los próximos eventos.

Agradecemos de antemano su cooperación y apoyo.

Encuesta de Niños

Nombre del Padre: _____ Escuela: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Proveedor de los Servicios de Cuidado: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Niño (Recién Nacidos hasta 5 años solamente)	Fecha de Nacimiento	Edad

¿En qué horario estaría disponible para asistir a los eventos preparativos escolares?

___ mañanas

___ tardes

___ Temprano en la noche

___ Fines de semana



CONDADO DE WICOMICO
PROGRAMAS DE SOCIEDADES CON EL CENTRO JUDY

1101 Robert Street
 Salisbury, Maryland 21804
 Oficina: 410-677-5900
 Fax: 410-677-5904



Melva P. Wright
 Director / Coordinador
 de Programa

Tina Tilghman-Dix
 Coordinador de Programa



Año Escolar _____

El Centro Judy trae en conjunto un largo rango de servicios para niños recién nacidos y hasta los seis años de edad y sus familias. El Centro Judy provee una mejor transición a los programas de las escuelas elementales, servicios de apoyo familiar y servicios de salud, y se asegura que las necesidades familiares sean cubiertas sin duplicaciones ni interrupciones.

Nombre del Estudiante: _____

Los Socios y Amigos del Centro Judy incluyen a: (Favor de señalar todos los programas en los cuales su familia ha participado o está participando)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Early Head Start | <input type="checkbox"/> Tenderheart Early Learning Center |
| <input type="checkbox"/> Head Start | From ____ to ____ |
| <input type="checkbox"/> WELCPreK3 | <input type="checkbox"/> Wor-Wic's Jordan Center |
| <input type="checkbox"/> BR/PEM/WELC PreK 4 | From ____ to ____ |
| <input type="checkbox"/> Infants and Toddlers | <input type="checkbox"/> Christian Community Childcare Center |
| From ____ to ____ | From ____ to ____ |
| <input type="checkbox"/> Munchkinland | <input type="checkbox"/> Child Find |
| From ____ to ____ | From ____ to ____ |
| <input type="checkbox"/> JC Family Reading/Math Nighths | <input type="checkbox"/> Lightning Bug School |
| # de asistencias | From ____ to ____ |
| <input type="checkbox"/> JC Playgroups | <input type="checkbox"/> BR/PEM/WELC Summer School |
| # de asistencias | <input type="checkbox"/> Lap Time (Wicomico Library) |
| <input type="checkbox"/> Times for twos (Wicomico Library) | # de asistencias |
| # de asistencias | <input type="checkbox"/> Healthy Families |
| From ____ to ____ | <input type="checkbox"/> Lower Shore Early Intervention Prog. |
| <input type="checkbox"/> Family Support Center, Shore Up! Inc. | From ____ to ____ |
| From ____ to ____ | |

Para que podamos darle un mejor servicio a los estudiantes y sus familias, favor de completar la siguiente información

Nombre del Padre/Guardian: _____

Domicilio: _____

Nombre del Estudiante(s)	Fecha de Nacimiento	Género	Raza
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

El gran enfoque de las agencias que trabajan junto con nuestro equipo de coordinación de servicios, requiere que se comparta información sobre los estudiantes y sus familias. Esto permite que todos planeen y trabajen con su familia y se enfoquen mejor en las necesidades individuales de cada estudiante. El resultado es la consideración de todas las opciones para que el estudiante tenga éxito! Para que nosotros podamos compartir esta información con nuestros socios, necesitamos de su permiso.

**ESTA POR ENTENDIDO QUE TODA LA INFORMACIÓN PERMANECERÁ
CONFIDENCIAL Y SERÁ UTILIZADA SOLAMENTE PARA PROVEER SERVICIOS
OFRECIDOS POR EL CENTRO JUDY.**

Autorización para Emitir, Compartir y Obtener Información:

Yo, _____ autorizo y doy consentimiento al equipo de Coordinación de Servicios del Centro Judy y a los programas enlistados para que compartan de manera escrita y/o verbal información relevante sobre el progreso de mi hijo/a y de los servicios comunitarios para mi familia.

Firma del Padre/Guardian

Fecha

**Escuelas de Maryland
Registro de
Exámen Físico**

A los padres o guardianes:

Se requiere lo siguiente para que su hijo asista a una escuela en el estado de Maryland por primera vez:

- **Un Exámen Físico hecho por un doctor u enfermera certificada en un tiempo de no mas de nueve meses antes o seis meses después de haber ingresado al sistema de educación pública.** Un formato de Exámen Físico designado por el Departamento de Educación y el Departamento de Higiéne y Salud Mental del Estado de Maryland se deberá usar para éste requisito. (<http://www.dsd.state.md.us/comar/13a/13a.05.05.07.htm>)
- **Para todos los estudiantes del prekindergarten al grado 12 se requiere evidencia completa de inmunizaciones primarias en contra de ciertas enfermedades fácilmente transmitidas en la infancia.** Se podrá obtener una Certificación de Inmunización del Estado de Maryland en el departamento de salud local o contactando al personal escolar. El formato de inmunización (DHMH 896) o un registro de inmunización generado por una computadora y la obtención de las inmunizaciones deberán ser completadas antes de que el alumno pueda asistir a la escuela. Este formato se puede encontrar en: <http://www.edcp.org/pdf/DHMH896new.pdf>.
- **Evidencia de análisis sanguíneo es requisito para todos los alumnos que viven en áreas de riesgo cuando entran al Pre-kindergarten, Kindergarten y 1er grado.** El certificado de análisis sanguíneo (DHMH 4620) (u otro documento escrito firmado por un Practicante del Cuidado de la Salud) se deberá usar para cumplir con este requisito. El formato se puede encontrar en: <http://www.fha.state.md.us/och/pdf/MarylandDHMHBloodLeadTestingCertificateDHMH4620.pdf>.

Será exento de exámenes físicos e inmunizaciones si va en contra de las creencias religiosas del estudiante o de la familia. Un estudiante también será exento de los requisitos de inmunización, si un doctor/enfermera practicante o un oficial del departamento de salud certifica que por razones médicas no puede recibir la vacuna. Será exento de prueba de plomo en la sangre si va en contra de las creencias religiosas de la familia. El certificado de la prueba de plomo en la sangre deberá tener la firma del Practicante de Salud explicando que se realizó un cuestionario.

La información de salud en este formato estará disponible solo para el personal de salud y educación que tienen un interés legítimo en el estudiante.

Favor de completar la Parte I del formato de Exámen Físico. La Parte II deberá ser completada por un doctor o una enfermera practicante, se deberá anexar una copia a este formato.

Si su hijo requiere que se le administre medicación en la escuela, deberá pedirle a su doctor que llene un formato de administración de medicamento, el doctor deberá llenar un formato por separado por cada medicamento. Este Formato se puede localizar en <http://www.marylandpublicschools.org/NR/rdonlyres/8D9E900E-13A9-4700-9AA8-5529C5F4C749/3341/medicationform404.pdf>. Si usted no tiene acceso a un doctor o enfermera practicante o si su hijo requiere un procedimiento de salud especialmente individualizado, favor de contactar al director y/o enfermera en la escuela de su hijo.

Departamento de Salud e Higiene Mental del Estado de Maryland Departamento Educación del Estado de Maryland
Estos formatos se conservarán en el archivo escolar hasta que el alumno tenga 21 años de edad,

PARTE I – EVALUACIÓN DE SALUD

Para ser completado por el padre o guardian

Nombre del Estudiante (Nombre y Apellidos)	Fecha de nacimiento (Mes.Día.Año)	Sexo (M/F)	Nombre de la escuela	Grado
Dirección (Número, Calle, Ciudad, Estado, Código postal)			Teléfono	
Nombres de padres o guardianes				
¿A dónde llevan al estudiante para cuidado médico de rutina?				
Nombre:		Dirección:		Teléfono
¿Cuándo fue su examen Físico mas reciente? Mes			Año	
¿A dónde llevan al estudiante para cuidado de salud dental?				
Nombre:		Dirección:		Teléfono
EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE				
De acuerdo a su conocimiento ¿Ha tenido su hijo problemas con algunos de los siguientes? Por favor marque todos los que aplican				
	Sí	No	Comentarios	
Alérgias (Comida, Insectos, Drogas, Latex)				
Alérgias (Temporales)				
Asma o Problemas Respiratorios				
Conducta o Problemas Emocionales				
Defecto de Nacimiento				
Problema de Sangrado				
Parálisis Cerebral				
Dental				
Diabétes				
Problemas de oído o sordera				
Problemas de vista o con los ojos				
Golpes en la cabeza				
Problemas del Corazón				
Hospitalización (Dónde y cuándo)				
Expuesto al plomo o envenado por plomo				
Problemas o dificultad de aprendizaje				
Limitantes en actividad física				
Meningitis				
Prematuro				
Problemas de vejiga				
Problemas con los intestinos				
Problemas de toser				
Ataques epilépticos				
Reacciones alérgicas serias				
Enfermedad de Celula Falsiforme				
Problemas del habla				
Cirugías				
Otro				
¿Toma medicamentos?				
No		Sí		Nombre(s) de los medicamentos:
¿Toma tratamiento especial? (nebulizador, epi-pen, etc.)				
No		Sí		Tratamiento
¿Requiere procesos especiales? (cateterización, etc.)				
No		Sí		Fecha: _____
Firma del padre o tutor				
Yes No			Comments	

PART II - SCHOOL HEALTH ASSESSMENT

Para ser completado **ÚNICAMENTE** por un médico o enfermera
practicante

Student's Name (Last, First, Middle)	Birthdate (Mo. Day Yr.)	Sex (M/F)	Name of School	Grade
--------------------------------------	-------------------------	-----------	----------------	-------

1. Does the child have a diagnosed medical condition?
 No _____ Yes _____

2. Does the child have a health condition which may require EMERGENCY ACTION while he/she is at school? (e.g., seizure, insect sting allergy, asthma, bleeding problem, diabetes, heart problem, or other problem) If yes, please DESCRIBE. Additionally, please "work with your school nurse to develop an emergency plan".
 No _____ Yes _____

3. Are there any abnormal findings on evaluation for concern?
 Evaluation Findings/CONCERNS

Physical Exam	WNL	ABNL	Area of Concern	Health Area of Concern	YES	NO
Head				Attention Deficit/Hyperactivity		
Eyes				Behavior/Adjustment		
ENT				Development		
Dental				Hearing		
Respiratory				Immunodeficiency		
Cardiac				Lead Exposure/Elevated Lead		
GI				Learning Disabilities/Problems		
GU				Mobility		
Musculoskeletal/orthopedic				Nutrition		
Neurological				Physical Illness/Impairment		
Skin				Psychosocial		
Endocrine				Speech/Language		
Psychosocial				Vision		
				Other		

REMARKS: (Please explain any abnormal findings.)

4. **RECORD OF IMMUNIZATIONS** – DHMH 896 is required to be completed by a health care provider or a computer generated immunization record must be provided.

5. Is the child on medication? If yes, indicate medication and diagnosis.
 No _____ Yes _____
(A medication administration form must be completed for medication administration in school).

6. Should there be any restriction of physical activity in school? If yes, specify nature and duration of restriction.
 No _____ Yes _____

7. Screenings	Results	Date Taken
Tuberculin Test		
Blood Pressure		
Height		
Weight		
BMI %tile		
Lead Test	Optional	

PART II - SCHOOL HEALTH ASSESSMENT - continued

Para ser completado **ÚNICAMENTE** por un médico o enfermera practicante

(Child's Name) _____ has had a complete physical examination and has:

no evident problem that may affect learning or full school participation problems noted above

Additional Comments:

Physician/Nurse Practitioner (Type or Print)

Phone No.

Physician/Nurse Practitioner Signature

Date