

**ESCUELAS PÚBLICAS DE FALL RIVER**  
**“CIUDAD DE BECAS”**

*Fred Houle*  
*Centro de Información para Padres*  
*Y*  
*Matrícula del Estudiante*

*Matricula de Kindergarten/Pre-escolar*



**2012-2013**

# "ESCUELA DE ELECCIÓN" FORMA DE MATRICULA

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_ # Emergencia \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo M F Grado que Comienza: \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela Anterior: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

- ESCUELA DE ELECCIÓN:
1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_

¿Usted tiene algún otro hijo/a en la primera escuela de elección? Si \_\_\_ No \_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Usted cree que su hijo/a se beneficiara de cualquier programa de cuidado?  | SI | NO |
| 2. ¿Su hijo/a tiene un plan medico?  | SI | NO |
| 3. ¿Usted esta interesado en Clases de Educación Básica para Adulto (GED ___ ESOL ___)   | SI | NO |
| 4. ¿Usted comparte casa con otra persona debido a pérdida de casa, alto<br>Caso de economía, o alguna razón similar?   | SI | NO |
| * Si En algunas de las respuestas arriba contesto SI, le gustaría que alguien le contacte para ofrecer<br>Servicios de información el cual usted cualifique? | SI | NO |

- Yo entiendo que todo Formulario de Matricula debe ser completada para la Ubicación de cualquier estudiante en la "Escuela de Eleccion" en base del criterio en líneas generales en la póliza de Nombramiento Estudiantil
- Yo entiendo que la **TRANSPORTACIÓN** es proveída por los **Padres/Guardián**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/ Encargado

\_\_\_\_\_  
Relación con el Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Funcionario

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NO ESCRIBA DEBAJO DE LA LINEA (PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE)**

Effective Date: \_\_\_\_\_  
Waiting List: \_\_\_\_\_  
Date Release Sent \_\_\_\_\_  
Transportation: \_\_\_\_\_  
Date Letter Sent: \_\_\_\_\_

School Assigned: Name: \_\_\_\_\_  
Code: \_\_\_\_\_  
District School: Name: \_\_\_\_\_  
Code: \_\_\_\_\_  
Computer Input Person \_\_\_\_\_

# Forma de Registración para las Escuelas Públicas de Fall River

Nombre _____	Vive con _____
Segundo Nombre _____	(padres, madre, padre,...ect)
Apellido _____	Padres/Encargados _____ (Nombre Completo)
Sexo                    M        F	Dirección _____
Fecha Nacimiento (m/d/a) _____/_____/_____	Ciudad <b>Fall River</b>
Grado de Entrada _____	Estado <b>MA</b>
Teléfono de la Casa _____	Área Postal _____
Teléfono de Emergencia _____	Condado <b>Bristol</b>
Lenguaje Materno _____	EST. Ciudad de Nacimiento _____
Étnico: <b>Marque solo 1</b> Hispano            Non-Hispano	
Nacionalidad: Blanco   Negro o Africano/Americano	
<b>Marque necesario</b> Asia   Indias Americano   Nativo Alaska	Padres trabajan para las Escuelas FR <b>SI</b> __ <b>NO</b> __
Nativo Hawai   u otro Isla Pacífica	
Firma de Padres            _____	Nombre Padres (letra molde) _____
Fecha de Registración    _____	Firma del Funcionario _____

## Para uso de Oficina SOLAMENTE

¿El estudiante ha sido registrado en la EPFR?	SI    NO	Escuela _____	Grado _____
¿El estudiante ha sido registrado en cualquier escuela en MA?	SI    NO	Ciudad _____	Cuando _____
Estatus inmigrante (si, <b>solo</b> el estudiante <u>no</u> nació en los US & <u>no</u> en escuela US por 3 años)	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
¿Si es SI, en que condado nació el estudiante?	_____		
Destreza de Inglés (¿Puede el estudiante desempeñar su trabajo en inglés?)	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
El estudiante esta registrado en el Programa de Ingles como Segundo Idioma?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
El estudiante recibe Servicios de Educación Especial?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Si es Si, Prototipo? _____			
Estudiante recibe Servicios de Titulo I	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
¿El estudiante a estado Bajo la Tutela Judicial del Estado o Bajo el Departamento de Servicios a Niños y Familia (DCF)?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	

LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE FALL RIVER ASEGURAN IGUALDAD DE OPORTUNIDAD DE EDUCACIÓN EN LO QUE SE REFIERE A RAZA, COLOR, SEXO, RELIGIÓN, NACIÓN DE ORIGEN O IMPEDIMENTO EN CONFORMIDAD CON EL CAPITULO 622 Y OTROS APLICABLES A LA LEY DE DERECHOS CIVILES ESTATALES Y FEDERALES

## Escuelas Públicas de Fall River

### Indicaciones de uso Educativo Aceptable para Aplicaciones de Google para Estudiantes de grados K-12

Las Escuelas Publicas de Fall River estarán usando las Aplicaciones Google para la Educación en Grados de K-12.

Estas cuentas serán usadas para proyectos escolares solamente y serán brindadas a los estudiantes con una colaboración y uso de herramientas claves incluyendo Hojas de Cálculos, Documentos, Moldes y Presentaciones. La característica del correo electrónico en las Aplicaciones de Google para los Grados 6-12 han sido restringidas a solo permitir que los estudiantes envíen/reciban correos solo de cuentas @frpsstudents.org o @fallriverschools.org.

Los estudiantes de grados K-5 no podrán usar el correo electrónico de las Aplicaciones Google.

### Filosofía

El Distrito de las Escuelas Publicas de Fall River aconseja el uso de las cuentas en las Aplicaciones Google para estudiantes de Grados K-12 como un modo efectivo y eficiente para mejorar la comunicación entre estudiantes y miembros de la facultad. El propósito primordial de estas Aplicaciones Google es apoyar el aprendizaje y la enseñanza.

### 1. Cuentas de Aplicaciones Google

Todos los estudiantes de grados K-12 serán asignados a una cuenta de Aplicaciones Google @frpsstudent.org. Los estudiantes podrán entrar a su cuenta con los últimos dos números de su Año de Graduación - y su nombre completo @frpsstudent.org.

Ejemplo: 11mariagarcia@frpsstudent.org

### 2. Conducta Prohibida

- Actividades ilegales
  - Mala representación de las Escuelas Publicas de Fall River
  - Enviar un documento que contenga algún tipo de virus
  - Transferencia o copia ilegal de materiales sin permiso
  - Enviar correos electrónicos con comentarios difamatorios, ofensivos, racistas u obscenos
  - Cambiar o tratar de cambiar su identidad al enviar un correo
  - Atentar enviar un correo a cualquier dominio/dirección que no sea @fallriverschools.org o @frpsstudent.org
  - Incidentes de acoso cibernético\* o acciones inapropiadas mientras se use la cuenta
- \*Verse la política de acoso cibernético y La Política de Uso Aceptable para las Escuelas Publicas de Fall River

### 3. Acceso Restringido

El acceso y uso de las Aplicaciones Google es considerado un privilegio acordado a la discreción de las Escuelas Públicas de Fall River. El Distrito mantiene el derecho de retirar el acceso y uso de las Aplicaciones Google cuando haya una razón para creer que se ha cometido una violación de los derechos y políticas del distrito. En estos casos, la alegada violación será referida al principal del plantel para mayor investigación y evaluación.

#### **4. Seguridad**

Las Escuelas Publicas de Fall River no pueden garantizar la seguridad de documentos electrónicos localizados en el sistema de las Aplicaciones Google.

#### **5. Privacidad**

El derecho general de privacidad será extendido a la posible extensión del ambiente electrónico. Las Escuelas Publicas de Fall River y todos los usuarios electrónicos deben tratar los documentos guardados electrónicamente como documentos confidenciales y privados.

Se reconoce que existe un acuerdo de compensación entre el derecho a la privacidad de un usuario y la necesidad de los administradores del sistema a reunir la información necesaria para asegurar el buen funcionamiento de estos recursos. En el curso normal del sistema de administración, los administradores pueden examinar actividades, archivos y documentos electrónicos para reunir la información suficiente para diagnosticar y corregir problemas con el sistema de programas software.

En el uso de Aplicaciones Google esta estrictamente prohibido acceder archivos y información ajena. El Distrito se reserva el derecho a acceder el sistema de Aplicaciones Google @frpsstudent.org cuando haya sospechas razonables de que haya ocurrido uso inaceptable de la misma.

#### **6. Preguntas**

Si tiene alguna pregunta o comentario sobre esta Política de Correo Electrónico, favor de contactar a Frank Farias al 508-675-8420 EXT 441, o a través de correo electrónico [ffarias@fallriverschools.org](mailto:ffarias@fallriverschools.org). Si usted no tiene ninguna pregunta las Escuelas Publicas de Fall River asumirá que usted entendió y esta al tanto de las reglas e indicaciones en esta Política y las llevara acabo.

Estas indicaciones y actualizaciones estarán disponibles en la página Web de las Escuelas Publicas de Fall River en <http://www.fallriverschools.org/frpsstudent.cfm>

## DECLARACION

Aplicaciones de Google para Estudiantes de grados K-12

He leído, entendido y reconocido el recibo de la política de las Aplicaciones de Google Educativas para Estudiantes de grados K-12. Cumpliré con las indicaciones puestas en esta política y entiendo que el fallar al hacerlo puede resultar en acción disciplinaria.

### Padres/Encargados:

\_\_\_\_\_ Yo autorizo a mi hijo/a a ser asignado una cuenta con las Aplicaciones Google @frpsstudent.org.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Salón Hogar: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_

### Estudiante:

Estoy de acuerdo con las indicaciones establecidas anteriormente para el uso de mi cuenta de Aplicaciones Google @frpsstudent.org.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta o preocupación, favor de contactar a Frank Farias, Administrador de Aplicaciones Google, al 508-675-8420, ext 444 o por correo electrónico a [ffarias@fallriverschools.org](mailto:ffarias@fallriverschools.org)

# Escuelas Publicas de Fall River

"Ciudad de Becas"

Student Registration & Parent Center - 360 Elsbree Street, Fall River, MA 02720

Meg Mayo-Brown, Superintendente

Barbara Allard, Directora

## Matricula para Nuevos Estudiantes Información de Contacto del Estudiante

El Estudiante será solo despachado a la persona que tenga identificación e información adecuada en los archivos. Favor de notificar a la Escuela de cualquier cambio referente a los contactos o Información del estudiante durante el año escolar. Muchas Gracias.

Firma de Padres/Encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

★ NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Padres/Encargado #1 \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Prioridad # \_\_\_\_\_

Si No *Si el contacto, también es contacto para otro estudiante en las EPFR?*

Si No *Si el contacto, también es miembro o estudiante (presente o en los últimos 5 años) en las EPFR?*

Dirección Física \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zip \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zip \_\_\_\_\_

Escriba la palabra SAME si la dirección Postal y Residencial son las mismas

TEL. 01 \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ TEL. 02 \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Lenguaje en la casa \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Si No ¿Vive con Estudiantes? Si No ¿Tiene Custodia del Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

Padres/Encargado #2 \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Prioridad # \_\_\_\_\_

Si No *Si el contacto, también es contacto para otro estudiante en las EPFR?*

Si No *Si el contacto, también es miembro o estudiante (presente o en los últimos 5 años) en las EPFR?*

Dirección Física \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zip \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zip \_\_\_\_\_

Escriba la palabra SAME si la dirección Postal y Residencial son las mismas

TEL. 01 \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ TEL. 02 \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Lenguaje en la casa \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Si No ¿Vive con Estudiantes? Si No ¿Tiene Custodia del Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

### Codes for Emergency Priority #

0 = Parent/Guardian

1 = Family Members

2 = Neighbors/Friends

3 = Other

**Contactos Adicionales**  
**Información Adicional del Contacto**

**Contacto** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_ **Prioridad #** \_\_\_\_\_

Si No *Si el contacto, también es contacto para otro estudiante en las EPFR?*

Si No *Si el contacto, también es miembro o estudiante (presente o desde los últimos 5 años) en las EPFR?*

**Dirección Física** \_\_\_\_\_ **Ciudad, Estado, Zip** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal** \_\_\_\_\_ **Ciudad, Estado, Zip** \_\_\_\_\_

Escriba la palabra SAME si la dirección Postal y Residencial son las mismas

**TEL. 01** \_\_\_\_\_ **Tipo** \_\_\_\_\_ **TEL. 02** \_\_\_\_\_ **Tipo** \_\_\_\_\_

**Lenguaje en la casa** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

Si No ¿Vive con Estudiantes? Si No ¿Tiene Custodia del Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

---

**Contacto** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_ **Prioridad #** \_\_\_\_\_

Si No *Si el contacto, también es contacto para otro estudiante en las EPFR?*

Si No *Si el contacto, también es miembro o estudiante (presente o desde los últimos 5 años) en las EPFR?*

**Dirección Física** \_\_\_\_\_ **Ciudad, Estado, Zip** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal** \_\_\_\_\_ **Ciudad, Estado, Zip** \_\_\_\_\_

Escriba la palabra SAME si la dirección Postal y Residencial son las mismas

**TEL. 01** \_\_\_\_\_ **Tipo** \_\_\_\_\_ **TEL. 02** \_\_\_\_\_ **Tipo** \_\_\_\_\_

**Lenguaje en la casa** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

Si No ¿Vive con Estudiantes? Si No ¿Tiene Custodia del Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

---

**Contacto** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_ **Prioridad #** \_\_\_\_\_

Si No *Si el contacto, también es contacto para otro estudiante en las EPFR?*

Si No *Si el contacto, también es miembro o estudiante (presente o desde los últimos 5 años) en las EPFR?*

**Dirección Física** \_\_\_\_\_ **Ciudad, Estado, Zip** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal** \_\_\_\_\_ **Ciudad, Estado, Zip** \_\_\_\_\_

Escriba la palabra SAME si la dirección Postal y Residencial son las mismas

**TEL. 01** \_\_\_\_\_ **Tipo** \_\_\_\_\_ **TEL. 02** \_\_\_\_\_ **Tipo** \_\_\_\_\_

**Lenguaje en la casa** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

Si No ¿Vive con Estudiantes? Si No ¿Tiene Custodia del Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

**Codes for Emergency Priority #**

0 = Parent/Guardian

1 = Family Members

2 = Neighbors/Friends

3 = Other

# Escuelas Públicas de Fall River

"Ciudad de Becas"

417 Rock Street, Fall River, MA 02720

## ENCUESTA DE LENGUAJE NATIVO

Estimados Padres o Encargados: Para poder ayudar al progreso de sus hijos en la escuela, le pedimos de favor que nos conteste las siguientes preguntas. Su respuesta nos ayudará a ofrecerle el mejor programa de educación disponible para su hijo/a.

Apellido de Estudiante \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (IM) \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_M \_\_\_F Grado: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Si nació fuera de US fecha de llegada a U.S. \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela Presente / Previa \_\_\_\_\_ Fecha de matricula en la escuela en U.S. \_\_\_\_\_

1. ¿Qué lenguaje su hijo/a entendió o habló primero? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué lenguaje usted usa mas cuando habla con su hijo/a en la casa? \_\_\_\_\_

3. ¿Qué lenguaje usa su hijo/a mas frecuente cuando habla con usted en la casa? \_\_\_\_\_

4. ¿Que lenguaje usa su hijo/a mas frecuente cuando habla con otro miembro de la familia? \_\_\_\_\_

5. ¿Qué lenguaje habla su hijo/a mas frecuente con sus amigos? \_\_\_\_\_

6. ¿Qué lenguaje(s) lee su hijo/a? \_\_\_\_\_

7. ¿Qué lenguaje(s) escribe su hijo/a? \_\_\_\_\_

8. ¿A que edad su hijo/a comenzó asistir la escuela? \_\_\_\_\_

9. ¿Su hijo/a asistió la escuela cada año desde esa edad? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si no, favor de explicar: \_\_\_\_\_

10. ¿Usted prefiere comunicación oral o escrita de parte de la escuela en Inglés o en su lenguaje nativo?

Por favor especifique el lenguaje de preferencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres o Encargados

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Proficiency Testing Results and Placement Recommendation:

W-APT Proficiency Level Testing Result	Mass Level - Placement Recommendation
1. Composite Proficiency Level <input type="text"/>	L1 ___ Beginner      L2 ___ Early Intermediate
2. Grade Adjusted Composite Proficiency Level <input type="text"/>	L3 ___ Intermediate    L4 ___ Transitioning
	L5 ___ Not LEP (Reclassification Recommended)

# Escuelas Públicas de Fall River

“Ciudad de Becas”

Matricula del Estudiante & Centro de Padres – 360 Elsbree Street, Fall River MA 02720

Meg Mayo-Brown, Superintendente

Barbara Allard, Directora

## CERTIFICADO RESIDENCIAL

Se dice que la póliza del Comité de Fall River:

“todo niño que se matricule y que asista las Escuelas Públicas de Fall River a costa de los ciudadanos de Fall River sean legalmente residentes que su residencia actual es en Fall River. Esta póliza puede proveer igualdad de oportunidad a cada niño sin tener en cuenta raza, color, creencia, nacionalidad de origen, sexo o incapacidad.”

1. Yo entiendo que \_\_\_\_\_ debe ser residente de la ciudad de Fall River.  
(Nombre del estudiante)
2. Yo certifico que \_\_\_\_\_ reside conmigo en la siguiente dirección.  
(Nombre del estudiante)

3. Yo certifico que soy residente legal en Fall River. (Adjunto prueba de residencia)

4. Yo soy  no soy  guardián legal de \_\_\_\_\_ .  
(Nombre del estudiante)

Si existe custodia legal, favor de adjuntar documentación legal.

5. Yo certifico que este modo de vivienda no es un arreglo por conveniencia con el propósito de afirmar que el estudiante reside conmigo para que pueda asistir las Escuelas Publicas de Fall River.

Nombre las razones por su modo de vivienda actual. (Si este modo de vivienda es resultado de un acto matrimonial, separación/divorcio, favor de adjuntar documentación como evidencia de los arreglos custodiales.)

---

---

---

Yo entiendo que al matricular al niño nombrado arriba en las Escuelas Pública de Fall River estoy sujeto a las condiciones de la póliza de residencia, la cual yo he leído. Yo también entiendo que violar esta póliza puede afectar la determinación de la matrícula de mi niño y también podría tener como resultado el ser responsable por el reembolso de la matrícula.

Yo entiendo y certifico bajo molestias y penalidades que la información proveída arriba es precisa y verdadera.

\_\_\_\_\_  
(Firma de Encargado, Abuelos, padres adoptivos, otro pariente o cualquier residente en Fall River) Fecha

\_\_\_\_\_  
(Firma de Padres) Fecha

*Jrodríguez/Spanish*

# ESCUELAS PÚBLICAS DE FALL RIVER

## Cuestionario de Entrada para Kindergarten/Pre-Escolar

(Para ser llenado por padres o encargados)

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo del Niño \_\_\_\_\_

El siguiente cuestionario es designado a ayudarnos a tener una mejor vista de su hijo/a, de sus fortalezas, debilidades, y conducta para que podamos cumplir con sus necesidades en el Kindergarten.

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País) \_\_\_\_\_

### **FAMILIA**

1. ¿Quién está llenando este cuestionario? Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

2. Su Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

3. El niño vive con un padre \_\_\_\_\_ Padres \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

4. Padre:

Ocupación \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ultima grado completado \_\_\_\_\_

5. Madre:

Ocupación \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ultima grado completado \_\_\_\_\_

6. Algún otro lenguaje(s) hablado en la casa (cual es) \_\_\_\_\_

7. Otros niños en la casa:

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

## SALUD:

Marque cualquier área que aplique a su hijo/a y comente:

- a. Se cansa fácilmente \_\_\_\_\_
- b. Requiere dormir \_\_\_\_\_
- c. Callado, apático \_\_\_\_\_
- d. Frecuentemente fríos \_\_\_\_\_
- e. Moja la cama \_\_\_\_\_
- f. Ensuciar con facilidad \_\_\_\_\_
- g. Infección de oídos \_\_\_\_\_
- h. ¿Alguna alergia en la familia? \_\_\_\_\_
- i. ¿Alguna diabetes en la familia? \_\_\_\_\_
- j. Medicamentos: ¿Cuales? \_\_\_\_\_ ¿Por que razón? \_\_\_\_\_
- k. Hospitalizaciones: ¿Edad? \_\_\_\_\_ ¿Razón? \_\_\_\_\_
- l. Convulsiones: ¿Edad? \_\_\_\_\_ ¿Razón? \_\_\_\_\_
- m. Accidentes: ¿Edad? \_\_\_\_\_ ¿Razón? \_\_\_\_\_
- n. Defectos Físicos (ojos, oídos, otros): Comentarios: \_\_\_\_\_
- o. Alergias (asmático, eczema) \_\_\_\_\_
- p. Extremamente activo \_\_\_\_\_
- q. Marcas de nacimiento \_\_\_\_\_
- r. Dolores de cabeza \_\_\_\_\_
- s. Prematuro \_\_\_\_\_
- t. Pobre de apetito \_\_\_\_\_

---

## CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

Edad al cual el niño:

1. Se sentó \_\_\_\_\_
2. Camino \_\_\_\_\_
3. Siguió objetos con los ojos \_\_\_\_\_
4. Imitó el habla \_\_\_\_\_
5. Habló \_\_\_\_\_
6. Jugó con juguetes \_\_\_\_\_
7. Se vistió por si mismo \_\_\_\_\_
8. Fue al baño durante el día \_\_\_\_\_

## DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL

Marque cualquier área que aplique a su hijo/a y comente:

- Confianza en si mismo \_\_\_\_\_ Se come las uñas \_\_\_\_\_ Comparte fácilmente \_\_\_\_\_
- Distraído \_\_\_\_\_ Chupa dedo grande \_\_\_\_\_ Tiene pesadillas \_\_\_\_\_
- De mal humor \_\_\_\_\_ Llora fácilmente \_\_\_\_\_ Temperamento explosivo \_\_\_\_\_
- Tiene muchos amigos \_\_\_\_\_ Prefiere jugar solo \_\_\_\_\_
- Comparte actividades en grupos \_\_\_\_\_ Se mantiene en una actividad desde que comienza \_\_\_\_\_
- Corre a la madre en situaciones nuevas \_\_\_\_\_ Se calma por si mismo \_\_\_\_\_
- Se motiva en tratar cosas nuevas \_\_\_\_\_
- Comentarios: \_\_\_\_\_
-

## DESARROLLO DEL LENGUAJE

1. Presente hábitos del habla (por favor marque)  
Titubea frecuentemente \_\_\_\_\_ Repetición frecuente \_\_\_\_\_  
Habla como bebé \_\_\_\_\_ Habla claro generalmente \_\_\_\_\_  
¿Alguien unifamiliar entendería el habla de su hijo/a? \_\_\_\_\_
2. ¿Usted sabe si su hijo/a tiene dificultad en el habla? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(Si sabe explique) \_\_\_\_\_
3. Cuál miembro de la familia experiencia dificultad con:  
Habla \_\_\_\_\_  
Lectura \_\_\_\_\_  
Deletreo \_\_\_\_\_  
Aritmética \_\_\_\_\_

## DESARROLLO DE MOBILIDAD

1. Comenzó a caminar frecuentemente y fácilmente al \_\_\_\_\_  
Coordinación: (por favor marque) brincar \_\_\_\_\_ correr \_\_\_\_\_ balancear en un solo pies \_\_\_\_\_  
Puede usar bien las tijeras \_\_\_\_\_ puede usar bien los lápiz o crayolas \_\_\_\_\_

## DOMINACIÓN

1. ¿Domina una mano mas que la otra? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es? \_\_\_\_\_

## DISPOSICIÓN

1. Sabe:  
Dirección de la casa \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Cortos mensajes \_\_\_\_\_
3. Muestra imaginación en:  
Cuenta historias \_\_\_\_\_  
Pintar \_\_\_\_\_  
Construir \_\_\_\_\_  
Actividades de juego \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_
4. Puede reconocer:  
Abecedario \_\_\_\_\_  
Colores \_\_\_\_\_  
Números \_\_\_\_\_  
Tarjetas de palabras \_\_\_\_\_
5. Actividades favoritas \_\_\_\_\_
2. Puede escribir su nombre \_\_\_\_\_

## EXPERIENCIA PREVIA EN LA ESCUELA

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Donde (Nombre de la escuela, ciudad, estado)

---

---

Fechas: \_\_\_\_\_

Podemos contactar la escuela. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha del último examen \_\_\_\_\_

Información Adicional referente a su hijo/a que usted crea que nos ayude al ajuste de su hijo/a:

---

---

---

---

---

---

---

---

**FAVOR:** Devolver esta forma al centro de Registración

Firma de Padres o Encargado \_\_\_\_\_

# Escuelas Publicas de Fall River

“Ciudad de Becas”

Student Registration & Parent Center – 360 Elsbree Street, Fall River, MA 02720

*Meg Mayo-Brown, Superintendente*

*Barbara Allard, Directora*

## FAVOR DE LLENAR LOS BLANCOS:

Nombre completo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: Año \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Ciudad de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del Madre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Ciudad de Nacimiento del Padre \_\_\_\_\_

Ciudad de Nacimiento de la Madre \_\_\_\_\_

# De hermanas: Mayores \_\_\_\_\_ Menores \_\_\_\_\_ # de hermanos: Mayores \_\_\_\_\_ Menores \_\_\_\_\_

***Nota: Los Siguietes documentos son presentados durante Registración al Centro de Información a Padres***

Certificado de Nacimiento \_\_\_\_\_

Certificado de Paperas Inmunización \_\_\_\_\_

Certificado de Tuberculosis \_\_\_\_\_

Prueba de Plomo \_\_\_\_\_

Certificado Inmunización de D T P \_\_\_\_\_

Hib \_\_\_\_\_

Certificado Inmunización de Polio \_\_\_\_\_

Hepatitis B \_\_\_\_\_

Certificado Inmunización Sarampión \_\_\_\_\_

Varicela \_\_\_\_\_

Certificado Inmunización Rubéola \_\_\_\_\_

2<sup>nd</sup> M M R \_\_\_\_\_

Lenguaje Nativo: \_\_\_\_\_

Student Assignment Specialist: \_\_\_\_\_

Fecha del último Examen Medico: \_\_\_\_\_

Sitió de llegada: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# ESCUELAS PÚBLICAS DE FALL RIVER

## SISTEMA DE SALUD INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Favor de completar la siguiente información y devolver a la escuela de inmediato

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Segundo Nombre Nombre

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Primer Idioma: \_\_\_\_\_

Si su hijo/a tiene Plan Medico: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si es SI, ¿Cuál es el nombre de la compañía del Plan Medico? \_\_\_\_\_

Si usted no tiene Plan Medico, Massachussets tiene Plan Médicos de Salud que le provee al estudiante no asegurado con cuidado de salud (pueden haber restricciones). Favor de contactar a la enfermera escolar para más información referente a estos programas. Toda comunicación será confidencial.

Madre/Encargado/Otro \_\_\_\_\_

Padre/Encargado/Otro \_\_\_\_\_

Nombre & Fecha de Nacimiento de estudiantes **hermanos** en el Sistema Escolar de Fall River.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela

En caso de Emergencia, la Escuela hará el intento de contactar a padres/encargados antes de llamar al doctor de cabecilla. Su hijo/a será transportado en ambulancia a la sala de emergencia si es necesario.

**Nombre del Doctor:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Dentista:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Favor de escribir el nombre de cada medicina que su hijo/a tome:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Una orden escrita del doctor y padres es necesaria si se toma la medicina en la escuela. Aspirina y / o cualquier otra medicina no puede ser dada si no se tiene la orden mencionada y la medicina que se provea por los padres/encargados. Favor de contactar la enfermera escolar de su hijo/a para el formulario apropiado.

Favor de marcar si alguna aplican a su hijo/a.

Condición del Corazón  Diabetes  Asma  Ataque Afeción  ADD/ADHD  Migrañas  Depresión

Otros (Especifique) \_\_\_\_\_

Alergias (comidas, insectos, medicinas, medio ambiente) (especifique) \_\_\_\_\_

Problema de Audición (Especifique) Oído Izquierdo \_\_\_\_\_ Oído Derecho \_\_\_\_\_ Aparato de Audición \_\_\_\_\_

Problema De Visión (Especifique) Usa Espejuelos \_\_\_\_\_ Lentes de Contacto \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a puede participar en nuestro programa de educación física? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si NO, favor de explicar

Yo doy permiso a la enfermera escolar a compartir información referente a la condición médica de mi hijo/a con apropiado personal escolar cuando sea necesario para medir a mi hijo/a la seguridad y salud necesaria y a compartir información con el pediatra primario de mi hijo/a con propósitos referentes, diagnósticos y tratamientos.

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Evaluación de Tuberculosis para Estudiantes

Herramientas Recomendadas para Evaluaciones de parte de la Junta de Asesores Médicos del Comité Eliminador de Tuberculosis en Massachusetts.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

## **USTED HA VIVIDO O PASADO TIEMPO CON ALGUN ADULTO QUE:**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Haya estado sin casa, vivido en la calle o en un refugio?	___	___
2. Haya tenido SIDA o este infectado con VIH?	___	___
3. Haya usado drogas por las venas o cualquier clase de drogas?	___	___
4. Haya vivido en una cárcel, casa de ancianos o una institución mental?	___	___
5. Haya tenido alguna vez tuberculosis en la piel positiva?	___	___
6. Haya vivido o pasado tiempo con cualquier persona que haya estado enfermo o haya tenido un examen de tuberculosis en la piel positiva?	___	___
7. ¿Usted a nacido en alguno de las ciudades de la lista que aparece al dorso del papel?	___	___
8. ¿Usted ha viajado o ha vivido por más de un mes a alguna de las ciudades de la lista que aparece en la proxima página?	___	___

SI - A CUALQUIER PREGUNTA - Requiere un examen de tuberculosis en la piel, prueba negativa de examen de piel o nota del Doctor.

**ALTO RIESGO**

NO - A TODA PREGUNTA ARRIBA - Significa que usted no es considerado bajo riesgo de tuberculosis, y no es necesario un examen de tuberculosis en la piel.

**BAJO RIESGO**

FIRMA DE PADRES O ENCARGADO: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Massachusetts Department of Public Health  
Bureau of Infectious Disease Prevention, Response and Services  
Division of Tuberculosis Prevention and Control**

The non-U.S. born (defined as persons born outside the United States and its territories) remains the group at highest risk for TB disease in Massachusetts. Of the 244 cases reported in 2009, 181 (74%) occurred in the non-U.S. born.

**Countries with high Rates of Tuberculosis (TB)±  
TB Endemic Countries**

Afghanistan	Cote d'Ivoire	Lithuania	Rep. of Moldova
Algeria	Djibouti	Madagascar	Romania
Angola	Dominican Republic	Malawi	Russia Federation
Anguilla	DPR No. Korea	Malaysia	Rwanda
Armenia	DR Congo	Mali	Sao Tome & Principe
Azerbaijan	Ecuador	Marshall Islands	Senegal
Bahrain	El Salvador*	Mauritania	Seychelles
Bangladesh	Equatorial Guinea	Mauritius	Sierra Leone
Belarus	Eritrea	Mexico*	Solomon Islands
Belize	Ethiopia	Micronesia	Somalia
Benin	Gabon	Mongolia	South Africa
Bhutan	Gambia	Montserrat	Sri Lanka
Bolivia	Georgia	Morocco	Sudan
Bosnia & Herzegovina	Ghana	Mozambique	Suriname
Botswana	Guam	Myanmar	Swaziland
Brazil	Guatemala	Namibia	Tajikistan
British Virgin Islands	Guinea	Nauru	Thailand
Brunei Darussalam	Guinea-Bissau	Nepal	Timor-Leste
Bulgaria	Guyana	Nicaragua	Togo
Burkina Faso	Haiti	Niger	Turkmenistan
Burundi	Honduras	Nigeria	Tuvalu
Cambodia	India	North Mariana Island	Uganda
Cameroon	Indonesia	Pakistan	Ukraine
Cape Verde	Iraq	Palau	UR Tanzania
Central African Republic	Kazakhstan	Panama	Uzbekistan
Chad	Kenya	Papula New Guinea	Vanuatu
China	Kiribati	Paraguay	Vietnam
China, Hong Kong SAR	Kyrgyzstan	Peru	Yemen
China Macao SAR	Laos PDR	Phillippines	Zambia
Colombia*	Lesotho	Poland*	Zimbabwe
Comoros	Liberia	Portugal*	
Congo	Libyan Arab	Qatar	
Cook Islands	Jamahiriya	Rep. of S. Korea	

±World Health Organization, Global Tuberculosis Control: Estimated burden of TB in 2009  
<http://www.who.int/tb/country/data/download/en/index.html>

Birth in TB endemic country (defined as TB case rate of 50 or more per 100,000 people) is a major risk factor for exposure to TB. \*Countries with TB case rate <50 per 100,000 but where TB cases in Massachusetts are from May 2009.

# MASSACHUSETTS SCHOOL HEALTH RECORD

## Health Care Provider's Examination

Name \_\_\_\_\_  Male  Female Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Medical History**

**Pertinent Family History**

**Current Health Issues**

<b>Y</b>	<b>N</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies: Please list: Medications _____ Food _____ Other _____
		History of Anaphylaxis to _____ Epi-Pen®: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma: Asthma Action Plan <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (Please attach)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes: <input type="checkbox"/> Type I <input type="checkbox"/> Type II
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizure disorder: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (Please specify) _____

**Current Medications (if relevant to the student's health and safety)** Please circle those administered in school; a separate medication order form is needed for each medication administered in school.

**Physical Examination**

**Date of Examination:** \_\_\_\_\_

Hgt: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_%) Wgt: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_%) BMI: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_%) BP: \_\_\_\_\_

(Check = Normal / If abnormal, please describe.)

<input type="checkbox"/> General _____	<input type="checkbox"/> Lungs _____	<input type="checkbox"/> Extremities _____
<input type="checkbox"/> Skin _____	<input type="checkbox"/> Heart _____	<input type="checkbox"/> Neurologic _____
<input type="checkbox"/> HEENT _____	<input type="checkbox"/> Abdomen _____	<input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Dental/Oral _____	<input type="checkbox"/> Genitalia _____	

**Screening:**

	(Pass) (Fail)		(Pass) (Fail)		(Pass) (Fail)
Vision: Right Eye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing: Right Ear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Left Eye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Left Ear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stereopsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Postural Screening:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(Scoliosis/Kyphosis/Lordosis)		

The entire examination was normal:

**Targeted TB Skin Testing:**  Med-to-High risk (exposure to TB; born, lived, travel to TB endemic countries; medical risk factors):

Date of PPD: \_\_\_\_; Results: \_\_\_\_ mm.

Referred for evaluation to: \_\_\_\_\_  Low risk (no PPD done)

This student has the following problems that may impact his/her educational experience:

<input type="checkbox"/> Vision	<input type="checkbox"/> Hearing	<input type="checkbox"/> Speech/Language	<input type="checkbox"/> Fine/Gross Motor Deficit
<input type="checkbox"/> Emotional/Social	<input type="checkbox"/> Behavior	<input type="checkbox"/> Other	

Comments/Recommendations:

Y  N This student may participate fully in the school program, including physical education and competitive sports. If no, please list restrictions:

Y  N Immunizations are complete: If no, give reason: Please attach Massachusetts Immunization Information System Certificate or other complete immunization record.

Signature of Examiner Circle: MD, DO, NP, PA Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Please print name of Examiner.

Group Practice \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Please attach additional information as needed for the health and safety of the student.

MDPH 01/04/06

Massachusetts Department of Public Health  
**CERTIFICATE OF IMMUNIZATION**

Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth:     /     /

Sex:    female    male

If combination vaccine is administered, please indicate vaccine type (e.g., DTaP-Hib, etc.)

Vaccine		Date/Vaccine Type	Vaccine		Date/Vaccine Type
Hepatitis B (e.g., HepB, HepB-Hib, DTaP-HepB-IPV)	1		<i>Haemophilus influenzae</i> type b (e.g., Hib, HepB-Hib, DTaP-Hib)	1	
	2			2	
	3			3	
	4			4	
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (e.g., DTaP, DT, DTaP-Hib, DTaP-HepB-IPV, Td, Tdap)	1		Measles, Mumps, Rubella (MMR)	1	
	2			2	
	3		Varicella (Var)	1	
	4			2	
	5		Meningococcal Conjugate (MCV4) or or Polysaccharide (MPSV4)	1	
	6			2	
Polio (e.g., IPV, DTaP-HepB-IPV)	1		Hepatitis A (HepA)	1	
	2			2	
	3		Pneumococcal Polysaccharide (PPV23)	1	
	4			2	
	5			3	
Pneumococcal Conjugate (PCV7)	1		Influenza Inactivated (Intramuscular) or Live (Intranasal)	1	
	2			2	
	3			3	
	4		Other:		

Laboratory Results:    Lead     Date     Other

Serologic Proof of Immunity		Check One	
Test (if done)	Date of Test	Positive	Negative
Measles	/ /		
Mumps	/ /		
Rubella	/ /		
Varicella*	/ /		
Hepatitis B	/ /		

\* Must also check Chickenpox History box.

Chickenpox History	
<input type="checkbox"/>	Check the box if this person has a physician-certified reliable history of chickenpox.
Reliable history may be based on:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• physician interpretation of parent/guardian description of chickenpox</li> <li>• physical diagnosis of chickenpox, or</li> <li>• serologic proof of immunity</li> </ul>	

*I certify that this immunization information was transferred from the above-named individual's medical records.*

Doctor or nurse's name (please print): \_\_\_\_\_

Date:     /     /

Signature: \_\_\_\_\_

Facility name: \_\_\_\_\_

*Favor de traer lo siguiente para completar el proceso de Matricula*

*Certificado de Nacimiento de su hijo/a*

*Registro Completo de Vacunas incluyendo la prueba de Plomo*

*Examen Físico completo mas reciente, firmado por el Medico*

*La prueba más reciente de residencia tal como contrato de arrendamiento,  
recibo de depósito de renta, o cualquier recibo de utilidades (gas, electricidad, cable, teléfono, etc.)*

*La llave del éxito  
académico  
de sus hijos  
depende de la  
participación  
de los padres  
en su educación*