RED CLAY SCHOOLS

Lista de Documentos Necesarios para la Matriculación en Red Clay

Por favor completar todos los formularios incluidos en este paquete y entregarlos en la escuela asignada.

- Certificado de nacimiento: Un certificado de nacimiento válido. Se aceptará una copia del certificado de nacimiento enviado directamente a la escuela por la escuela anterior. Si el certificado de nacimiento no contiene el nombre del padre/madre que está matriculando al niño/a, se requerirá documentación adicional para verificar la custodia. Se podrá aceptar un documento legal (del sistema judicial) con el certificado de nacimiento si especifica el nombre del padre/madre, relación con el niño/a y la fecha de nacimiento del niño/a.
- Registro de examen médico (realizado dentro de los últimos 24 meses)
- Cartilla de vacunas vigente
- Evaluación de Riesgo de Tuberculosis
    - Estudiantes de Kindergarten únicamente: Prueba para detectar la presencia de plomo
- El boletín de calificaciones más reciente del estudiante (K a 8° grado), certificado analítico de estudios (9° a 12° grado)
- Documentación sobre el IEP (Plan de Educación Personalizada) (si corresponde)

Dos pruebas de residencia. El padre/madre, tutor legal o familiar a cargo del niño/a debe presentar por lo menos dos documentos de las listas que aparecen a continuación. Las direcciones deben ser las mismas en ambos documentos.

Se debe presentar por lo menos un documento del grupo A y un documento del grupo B.

Grupo A:

- Copia del estado de cuenta de la hipoteca del mes más reciente (se aceptará copia de la declaración de liquidación de la compraventa ("*settlement statement*") en lugar del estado de cuenta de la hipoteca si la casa fue comprada recientemente y aún no se ha recibido una declaración de la hipoteca)
- Contrato de alquiler (donde figure el padre, tutor legal o familiar a cargo como ocupante)
- Factura de alcantarillado (del año actual)
- Recibo de impuesto inmobiliario (del año actual)
- Factura original reciente de gas o electricidad

Grupo B:

- Tarjeta de registro de vehículo o póliza de seguro de vehículo vigente
- Resumen de póliza de seguro de alquiler
- Documentos impositivos del año más reciente
- Recibo de sueldo o nómina (con fecha dentro de los últimos 30 días)
- Dos estados de cuenta consecutivos del banco (con fecha dentro de los últimos 90 días)
- Notificación oficial del Servicio Postal de los Estados Unidos de cambio de domicilio en correo devuelto (etiqueta amarilla con la nueva dirección debe estar pegada en el sobre junto con la dirección vieja)
- Correspondencia de una agencia del Estado de Delaware como Servicios Sociales y de Salud de Delaware, Departamento de Servicios para los Niños, Jóvenes y sus Familias, Departamento de Trabajo, o División de Servicios Sociales de Delaware.
- En caso de vivir en la residencia de otra persona, por favor completar la "Declaración Jurada de Ocupación Múltiple del Propietario/Inquilino del Distrito Escolar Consolidado Red Clay" y la "Declaración Jurada de Ocupación Múltiple del Distrito Escolar Consolidado Red Clay".

Por favor dirigir toda pregunta a su escuela asignada de Red Clay.

Distrito Escolar Consolidado Red Clay

FICHA DE INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Año Escolar: 2022-2023			
Para uso exclusivo de la oficina			
School:			
ID:			
Grade:		*Hmrm:*	

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Primer nombre:				Grado 2022-2023:	
Segundo nombre:				Fecha de nacimiento:	
Apellido:				Apodo/nombre de preferencia:	
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	Género:	☐ Masculino ☐ Femenino	Teléfono primario:	

DESIGNACIÓN RACIAL Y ÉTNICA

¿Es el alumno hispano o latino? (Escoger una respuesta) Las personas de Cuba, México, Puerto Rico, América del Sur o Central o de otra cultura u origen español, sin importar la raza, son consideradas hispanas o latinas. ☐ Sí ☐ No

Indicar a continuación la raza del alumno. Debe escoger por lo menos una raza, sin importar la designación étnica. Se puede escoger más de una respuesta.

☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico

DOMICILIO: Por favor indicar la dirección física (hogar) y postal si son diferentes.

Dirección física:		**Dirección postal** ¿Igual que la física? ☐ Sí ☐ No	
Nº de Apto.:		Nº de Apto.:	
Domicilio:		Domicilio:	
Reparto:		Reparto:	
Ciudad, Estado/ Cód. postal:		Ciudad, Estado/Cód.	

INFORMACIÓN ESPECIAL SOBRE LA CUSTODIA Si el niño vive con una persona distinta a la madre o al padre que figuran en el certificado de nacimiento, por favor indicarlo:

Nombre:	
Relación:	
¿Se encuentran los documentos relativos a la custodia en los archivos de la escuela?	☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Ha sido el alumno expulsado?: ☐ Sí ☐ No

Tiene su hijo: (documentación exigida)

Un Plan de Educación Personalizada (IEP):	☐ Sí ☐ No	Dificultades de aprendizaje:	☐ Sí ☐ No
Un Plan de Adaptación 504:	☐ Sí ☐ No	Dificultades físicas:	☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN SOBRE LA EDUCACIÓN PREVIA: Nombre/Dirección de la escuela, jardín de infantes o guardería previa

Nombre:			
Domicilio:			
Ciudad, Estado/Cód. postal:			
Teléfono:		Fax:	

INFORMACIÓN SOBRE HERMANOS DE EDAD ESCOLAR

Nombre:				Nombre:			
Escuela:		Grado:		Escuela:		Grado:	
Nombre:				Nombre:			
Escuela:		Grado:		Escuela:		Grado:	

Para uso exclusivo de la oficina	Student:	ID:

Actualización de la Historia Clínica del Estudiante: **Esta información será compartida con el personal y directivos en los casos en que sea necesario, y con el personal médico de emergencia en el caso de una emergencia, a menos que usted nos notifique lo contrario.**

1. Por favor indique con una marca si su hijo/hija ha tenido alguno de los siguientes problemas. Indique fechas y otorgue información adicional en la sección destinada a comentarios.

☐ ADD/ADHD	☐ Hemorragia/Trastorno sanguíneo	☐ Conmoción cerebral	☐ Corazón	☐ Convulsiones
☐ Alergias	☐ Tatuajes/Piercing corporal	☐ Diabetes	☐ Infecciones	☐ Habla
☐ Asma	☐ Huesos/Columna	☐ Emocional	☐ Riñón	☐ Cirugía
☐ Conducta	☐ Intestinos/Vejiga	☐ Audición	☐ Discapacidad física	☐ Visión

☐ Otro: _____

Comentarios: _____

( ) Sí ( ) No **2. ¿Tiene su hijo/hija alergia a medicamentos, látex o picaduras de insectos?**

¿A qué? _____ ¿Qué le sucede? _____

Tratamiento: _____

( ) Sí ( ) No **3. Padece su hijo/hija una alergia alimentaria?**

¿A qué? _____ ¿Qué le sucede?

Tratamiento: _____

Todos los estudiantes que padecen alergia a alimentos deben presentar un Plan de Acción para la Alergia Alimentaria completado por un profesional de la salud matriculado.

( ) Sí ( ) No **4. ¿Necesitará su hijo/hija un menú personalizado libre de alérgenos diseñado por los Servicios de Nutrición?**

Nota: Las comidas preparadas en el hogar son la opción más segura de alimentación

☐ **No.** Yo me haré completamente responsable de proporcionarle a mi hijo/hija comidas para la escuela libres de alérgenos.

☐ **Sí.** Entregaré a la enfermera escolar el Plan de Acción para la Alergia Alimentaria completado por un profesional de la salud matriculado.

( ) Sí ( ) No **5. ¿Ha tenido su hijo/hija alguna enfermedad desde que terminaron las clases?**

Tipo de enfermedad, con fecha(s): _____

( ) Sí ( ) No **6. ¿Ha tenido su hijo/hija alguna cirugía desde que terminaron las clases?**

Tipo de cirugía, con fecha(s): _____

( ) Sí ( ) No **7. ¿Ha recibido su hijo/hija alguna vacuna desde que finalizaron las clases?**

Indicar vacuna(s), con fecha(s): _____

( ) Sí ( ) No **8. ¿Recibe su hijo algún tratamiento o está siendo evaluado por algún problema de salud?**

Indique el/los problema(s): _____

( ) Sí ( ) No **9. ¿Toma su hijo alguna medicación o recibe algún tipo de tratamiento?**

Nombre de la medicación y/o tratamiento: _____

( ) Sí ( ) No ¿Necesita su hijo tomar alguna medicación durante el horario escolar? ***Si la respuesta es sí, por favor contáctese con la enfermera escolar para hacer los arreglos correspondientes.***

( ) Sí ( ) No **10. ¿Ha sido su hijo/hija examinado/a alguna vez por un oculista?**

Fecha del último examen: _____ Gafas recetadas: **( ) Sí ( ) No**

Si su hijo/hija usa lentes o lentes de contacto, ¿cuándo fue la receta cambiada por última vez? _____

( ) Sí ( ) No **11. ¿Cuál es el nombre del dentista de su hijo/hija?** _____

¿Cuál fue la fecha de su último examen odontológico?: _____

12. ¿Cuál es el nombre del médico de cabecera de su hijo/hija? _____

¿Cuál fue la fecha de su último examen físico: _____

( ) Sí ( ) No **13. ¿Ha experimentado su hijo/hija recientemente algún acontecimiento de vida importante, tal como una mudanza, muerte, separación, divorcio, etc., desde el fin del último año escolar?** ****Si la respuesta es sí, por favor comunicarse con la enfermera escolar o la consejera escolar.***

( ) Sí ( ) No **14. ¿Ha tenido usted, su hijo/hija o alguien de su hogar un resultado positivo en un test de COVID-19?** ****Si la respuesta es sí, por favor comunicarse con la enfermera escolar.***

Firma del padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Autorización para la Administración de Medicamentos de Venta Libre

Autorizo a que a mi hijo/hija se le administre lo siguiente, según lo determine la enfermera:

Acetaminofeno (Tylenol®) ☐ Sí ☐ No Ibuprofeno (Advil®) ☐ Sí ☐ No Tums® ☐ Sí ☐ No

Firma del padre/madre/tutor _____ **Fecha:** _____

Para uso exclusivo de la oficina	Student:		ID:	

FICHA PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA/ENFERMERÍA DE DELAWARE

Información médica

Médico: _____ Teléfono: _____

Dentista de la familia: _____ Teléfono: _____

Indicar todo diagnóstico médico serio del estudiante: _____

El estudiante es alérgico a: Medicamento: _____ Alimento: _____ Otro: _____

Seguro médico: Nº de Medicaid: _____

Otro: Nº de certificado: _____ Nº de grupo: _____ Tipo: _____

El objetivo de este formulario es proporcionar a la escuela información para ser usada en la atención del estudiante si se enferma o lesiona en la escuela. Esta información puede ser compartida con el personal escolar y el personal médico de emergencia únicamente "en los casos en que sea necesario que la conozcan".

PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR LA ESCUELA EN CASO DE EMERGENCIA

Las escuelas han adoptado el siguiente procedimiento que será seguido normalmente para atender a su hijo/hija cuando requiera asistencia de emergencia en la escuela ya sea por un problema médico o de salud mental. En emergencias extremas la escuela buscará atención médica inmediata.

En caso de emergencia y/o si es necesario que el/la estudiante reciba atención médica u hospitalaria:

1. La escuela llamará a la casa del estudiante. Si nadie responde,
2. La escuela llamará al lugar de empleo del padre, madre o tutor 1 o 2. Si nadie responde,
3. La escuela llamará a los otros números de teléfono indicados y al médico.
4. Si ninguno de los contactos anteriores responde, la escuela pedirá una ambulancia, si fuese necesario, para transportar al niño a un centro médico local.
5. En base a lo que opine el médico que lo atienda, el niño podrá ser internado en un centro médico local.
6. La escuela continuará llamando a los padres, tutores y al médico hasta ponerse en contacto con alguno de ellos.
7. La información contenida en este formulario puede ser compartida con el personal médico de emergencia.

Si no me pueden localizar y las autoridades escolares han seguido el procedimiento descrito, estoy de acuerdo en asumir todos los gastos relacionados con el transporte y el tratamiento médico de este/esta estudiante. También presto mi consentimiento por este medio para cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento de diagnóstico o administración de anestesia que pueda ser llevado a cabo en base a la opinión médica del doctor que lo atienda.

Firma del padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Para uso exclusivo de la oficina	Student:	ID:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Primer nombre:		**Relación**: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Tutor nombrado por la corte ☐ Otro (por favor indicar):	
Segundo nombre:			
Apellido:			
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	Vive con:	☐ Sí ☐ No
Domicilio:		Tel. de casa:	
Nº de Apto:		Tel. celular:	
Reparto:		Tel. laboral:	
Ciudad, Estado/ Cód. postal:		Fecha de nacimiento:	
Nivel de educación: Diploma de secundaria/GED o superior:	☐ Sí ☐ No	Empleador:	
E-Mail:			

Primer nombre:		**Relación:** ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Tutor nombrado por la corte ☐ Otro (por favor indicar):	
Segundo nombre:			
Apellido:			
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	Vive con:	☐ Sí ☐ No
Domicilio:		Tel. de casa:	
Nº de Apto.:		Tel. celular:	
Reparto:		Tel. laboral:	
Ciudad, Estado/ Cód. postal:		Fecha de nacimiento:	
Nivel de educación: Diploma de secundaria/GED o superior:	☐ Sí ☐ No	Empleador:	
E-Mail:			

Primer nombre:		**Relación**: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Tutor nombrado por la corte ☐ Otro (por favor indicar):	
Segundo nombre:			
Apellido:			
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	Vive con:	☐ Sí ☐ No
Domicilio:		Tel. de casa:	
Nº de Apto.:		Tel. celular:	
Reparto:		Tel. laboral:	
Ciudad, Estado/ Cód. postal:		Fecha de nacimiento:	
Nivel de educación: Diploma de secundaria/GED o superior:	☐ Sí ☐ No	Empleador:	
E-Mail:			

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA: La persona debe tener 18 o más años de edad.

Importante: En caso de emergencia se contactará a las personas aquí indicadas, **si no se puede** localizar al padre/tutor.

Nombre:		Nombre:	
Apellido:		Apellido:	
Relación:		Relación:	
Teléfono de casa:		Teléfono de casa:	
Teléfono celular:		Teléfono celular:	
Teléfono laboral:		Teléfono laboral:	

Delaware Department of Education

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE DELAWARE
TITULO I, PARTE C
Encuesta de Trabajo Agrícola

English/Spanish

Fecha:_____

Estimado Padre/Madre o Adulto responsable del estudiante,

Con el fin de servir mejor a su niño, _____, el distrito escolar _____,
(Insert District/Charter School Name)

está asistiendo al estado de Delaware a identificar estudiantes elegibles para recibir beneficios y apoyos. La información proporcionada es confidencial y será utilizada por el Departamento de Educación para fines de planeación únicamente. Por favor, conteste las siguientes preguntas y devuelva este formulario a la escuela de su hijo.

1. ¿En los últimos 3 años, su familia se ha cambiado de: a) un *distrito escolar* a otro; b) un estado a otro; c) otro país a Estados Unidos?

_____SÍ _____NO

Si es "NO", no complete el resto de esta encuesta. Si es "SI", por favor continúe.

2. ¿El motivo de este cambio ha sido por **buscar o aceptar** un empleo en una actividad agrícola o de pesca, o en alguna de las actividades enlistadas abajo? Conteste aunque tenga otro tipo de trabajo actualmente.

_____SÍ _____NO

Si es "SI", por favor marque todo lo que corresponda si usted, su esposo/a u otro miembro del hogar ha trabajado en/con:

Granja	Rastro/ Carniceria	Cultivar Césped	Invernadero
Lechería	Procesar carne/pescado	Empacar carne/alimentos	Plantar y cultivar árboles
Rancho	Cultivo de Arandanos	Granja de Hongos	Procesar alimentos
Enlatadora	Jugo Fresco/Congelado	Plantar, pizcar o empacar	Procesar limento para mascota
Gallineros	Pescado y Marisco	frutas, vegetales, semillas, o	Desyerbar o preparar el terrer
Planta de Pollo/Pollera	Frutas secas/especias	nueces	para plantar

Favor de anotar otro trabajo/actividad agrícola o de pesca que usted, su esposo/a u otro miembro del hogar haya realizado:

_____

Anote todos los niños y jóvenes entre **3-21 años de edad** en el hogar, incluyendo los que no asisten a la escuela:

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Edad	Grado	Escuela

Padre/Madre o Adulto responsable del estudiante:_____
Dirección:_____Ciudad_____Zip_____
Teléfono 1:_____Teléfono 2_____Hora:_____AM/PM

DISTRICTS: All **ORIGINAL** copies of the survey with **"YES"** responses for **BOTH** questions 1 and 2 **MUST** be submitted to the Delaware Department of Education **Migrant Education Program Office** within 10 days of the student's enrollment by **State Mail Code N510** or by U.S. Postal Service to **35 Commerce Way, Suite 1, Dover, DE 19904**. A COPY of this form must be retained in the student's file to document compliance with the Title I, Part C federal program requirements.

DEPARTMENT OF EDUCATION

Townsend Building
401 Federal Street Suite 2
Dover, Delaware 19901-3639
DOE WEBSITE: http://www.doc.k12.de.us

Susan S. Bunting, Ed.D.
Secretary of Education
Voice: (302) 735-4000
FAX: (302) 739-4654

Departamento de Educación de Delaware - Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

Spanish

Fecha: _____ **Escuela:** _____

El Departamento de Educación de Delaware exige a las escuelas que determinen el/los idioma(s) que los estudiantes hablan en el hogar. La información proporcionada solo será utilizada para decidir si el estudiante reúne los requisitos para comenzar el proceso de adquisición del inglés como segunda lengua y no será utilizada para temas relacionados con la inmigración ni se informará a las autoridades migratorias.

Información sobre el estudiante				
Nombre:			**País de origen:**	
Apellido:			**Fecha de ingreso en EE. UU.:**	
Fecha de nacimiento:			**Fecha en la que el estudiante se inscribió por primera vez en una escuela de EE. UU.:**	

Haga un círculo en los grados a los que su hijo asistió en escuelas de EE. UU.

PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

¿Durante cuántos meses el estudiante ha estado inscripto en una escuela de EE. UU? _____

1. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo?

   Idioma: _____ | Dialecto: _____

2. ¿Cuál es el idioma que su hijo usa con mayor frecuencia en el hogar?

   Idioma: _____ | Dialecto: _____

3. ¿Cuál es el idioma que usted utiliza con más frecuencia para hablar con su hijo?

   Idioma: _____ | Dialecto: _____

4. ¿Qué idioma (s) aparte del inglés se hablan en su casa?

   Idioma: _____ | Dialecto: _____

5. ¿Con qué idioma preferiría recibir información de la escuela?

   Idioma: _____ | Dialecto: _____

_____ _____ _____

Nombre del padre | Firma del padre | Fecha

LEA : Please have all families complete this home language survey at the student's initial enrollment in school. This form must be signed and dated by the parent or guardian and kept in the student's file. (If a language other than English or Non-US English is listed on questions 1-3, the LEA must continue with a records review, step 2 of the English learner identification process.)

THE DELAWARE DEPARTMENT OF EDUCATION IS AN EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER. IT DOES NOT DISCRIMINATE ON THE BASIS OF RACE, COLOR, RELIGION, NATIONAL ORIGIN, SEX, SEXUAL ORIENTATION, GENDER IDENTITY, MARITAL STATUS, DISABILITY, AGE, GENETIC INFORMATION, OR VETERAN'S STATUS IN EMPLOYMENT, OR ITS PROGRAMS AND ACTIVITIES.

2022 –2023 Formulario de Información Actualizada de Estudiantes Jóvenes Conectados con lo Militar

Todas las escuelas públicas de Delaware comenzando en el año escolar 2016 – 2017 están requeridas a identificar anualmente a los estudiantes registrados que son "jóvenes conectados con lo militar" de acuerdo al 14 **DE Admin. Code** 932, 14 **Del.C.** Capítulo 1, §122 (b) (28), 10 U.S.C. §101(d) (2014), y a la Ley reautorizada de Cada Estudiante Tiene Éxito (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq. para poder posiblemente proporcionarle a sus estudiantes con apoyos y servicios adicionales si es necesario.

Por favor lea las siguientes declaraciones y marque la caja apropiada abajo.

- Si usted es el padre/madre o padrastro/madrastra, solamente marque la caja que específicamente aplica a usted, el estado de su situación de servicio y la rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos.
- Si usted es el padre/madre o padrastro/madrastra, que cumple con la definición de la caja uno o dos, y hay un miembro inmediato de la familia residiendo en la misma casa que cumple con la definición de la caja tres, entonces deberá marcar ambas cajas.
- Si su estudiante no es un/a "joven conectado con lo militar", por favor marque la cuarta caja, "No Aplica".

PADRES O PADRASTROS

☐ **"Servicio Activo"** – Soy un padre/madre o padrastro/madrastra, quien es un miembro de las Fuerzas Armadas (Ejército de los Estados Unidos, Armada de los Estados Unidos, Fuerza Aérea de los Estados Unidos, Cuerpo de los Marines de los Estados Unidos, o el Guarda Costa de los Estados Unidos) en "**servicio activo**" de acuerdo a 10 U.S.C. §101(d) (2014), y a la Ley reautorizada de Cada Estudiante Tiene Éxito (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq.

☐ **"Servicio Activo/Retirado Recientemente/Reserva/Identificado Como un Veterano con Discapacidad/Muerto en Acción"** – Un padre/madre o padrastro/madrastra, ***residiendo en la misma casa,*** quien está en servicio activo, sirviendo en el componente de la reserva, identificado como un veterano con discapacidad, muerto en acción, o retirado recientemente (dentro de los 18 meses anteriores al 30 de septiembre del actual año escolar) de una rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. Tales ramas consisten del Ejército de los Estados Unidos, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, el Cuerpo de los Marines de los Estados Unidos, la Armada de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, el Guarda Costa de los Estados Unidos, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de acuerdo al 14 **DE Admin. Code** 932, 14 **Del.C.** Capítulo 1, §122 (b) (28), 10 U.S.C. §101(d) (2014).

MIEMBROS INMEDIATOS DE LA FAMILIA O CUALQUIER OTRA PERSONA RESIDIENDO EN LA MISMA CASA

☐ **"Servicio Activo/Retirado Recientemente/Reserva/Identificado Como un Veterano con Discapacidad/Muerto en Acción"** – Un miembro inmediato de la familia, incluyendo un hermano/a o cualquier otra persona ***residiendo en la misma casa,*** quien está en servicio activo, sirviendo en el componente de la reserva, identificado como un veterano con discapacidad, muerto en acción, o retirado recientemente (dentro de los 18 meses anteriores al 30 de septiembre del año escolar actual) de una rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. Tales ramas consisten del Ejército de los Estados Unidos, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, el Cuerpo de los Marines de los Estados Unidos, la Armada de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, el Guarda Costa de los Estados Unidos, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de acuerdo al 14 **DE Admin. Code** 932, 14 **Del.C.** Capítulo 1, §122 (b) (28), 10 U.S.C. §101(d) (2014).

☐ **NO APLICA**

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Maestro del Salón Principal: _____

Por favor devuelva este formular al maestro del salón principal de su estudiante en o antes del lunes, 19 de septiembre de 2021.

Delaware
Department of Education

Kindergarten Registration Questionnaire

1. ¿Asistió su hijo a un programa preescolar o de cuidado infantil en Delaware el año pasado?
   Círcule: Sí / No

2. En caso afirmativo, ¿en qué país asistió su hijo al programa?
   Círcule: Condado de New Castle / Kent Country / Condado de Sussex

3. En caso afirmativo, ¿cuál era el nombre del programa?

   _____

DISTRITO ESCOLAR CONSOLIDADO RED CLAY
PEDIDO DE TRANSPORTE DESDE/A UNA GUARDERÍA

Nombre del alumno(a) _____ Fecha _____
Apellido Nombre de pila

Nº de identificación del alumno(a) _____ Escuela _____ Grado _____

Domicilio _____ Kindergarten Turno mañana ☐ Turno tarde ☐

Reparto _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Tél. particular _____ Tel. laboral _____ Pager _____ Celular _____

Contacto en caso de emergencia _____ Teléfono _____

Cuidado antes del horario escolar: ☐ **Hogar** ☐ **Otro**

Nombre del prestador del servicio _____

Dirección _____

Reparto _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Cuidado después del horario escolar: ☐ **Hogar** ☐ **Otro** ☐ **Igual que el anterior**

Nombre del prestador del servicio _____

Dirección _____

Reparto _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Padre/madre/tutor *(por favor escribir con letra de imprenta)* _____

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha _____

A: El Supervisor de Transporte

DE: _____
(PADRE / TUTOR)

REF: **AUTORIZACIÓN PARA QUE EL AUTOBÚS ESCOLAR DEJE A UN ALUMNO(A) DE KINDERGARTEN DESPUÉS DE LA ESCUELA SIN LA SUPERVISIÓN DE UN ADULTO.**

FECHA: _____

Autorizo por este medio al Distrito Escolar Consolidado Red Clay a que deje a mi hijo(a) de kindergarten en la parada del autobús sin que haya un adulto que lo reciba.

Comprendo que asumo total responsabilidad por la seguridad y el bienestar de mi hijo(a) y me comprometo a NO responsabilizar al conductor, al Distrito ni a los empleados o contratistas del Distrito por cualquier percance que pudiere ocurrir una vez que me hijo(a) se haya bajado del autobús.

Los padres de los alumnos que tengan un IEP (Plan Personal de Educación) que contenga disposiciones relativas al transporte deben contactar primero al personal de la escuela para cambiar el IEP.

NOMBRE DEL ALUMNO(A): _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____

Nº de AUTOBÚS: _____

UBICACIÓN DE LA PARADA DEL AUTOBÚS: _____

FECHA EN QUE ENTRARÁ EN VIGOR LA AUTORIZACIÓN: _____

_____ _____
FIRMA DEL PADRE / TUTOR FECHA

Copias: Oficina de Transporte
Conductor
Escuela

Revisado: Enero de 2002

DELAWARE STUDENT HEALTH FORM – CHILDREN
PreK- Grade 6

To be completed by licensed healthcare provider:
Physician (MD or DO), Clinical Nurse Specialist (APN), Advanced Practice Nurse (APN), or Physician's Assistant (PA)

To Parent or Guardian:

In order to provide the best educational experience, school personnel must understand your child's health needs. This form requests information from you (Part I) and your health care provider (Parts I, II, and III). All students in Delaware public schools must provide documentation of current immunizations. Additionally, a current (within 2 years) health examination is required upon school entry.

Talk with your health care provider about important issues[1] regarding your child, such as:

- ☐ **School** (readiness or adaptation, after school, parent-teacher communication, maturity, performance, special services)
- ☐ **Mental and Physical Activity** (healthy weight, well-balanced diet, physical activity, limited screen time)
- ☐ **Emotional Well-Being** (family time, social interactions, self-esteem, resolving conflicts, friends)
- ☐ **Physical Growth & Development** (dental care, healthy eating, puberty)
- ☐ **Injury & Illness Prevention & Safety** (seat belt or booster seat, bicycle safety, swimming, abuse protection, guns, fire safety, supervision, sunscreen, internet, infection, disaster planning)
- ☐ **Immunizations**

Immunizations *Required* for Newly Enrolled Students at Delaware Schools

KINDERGARTEN[2]:

- ☐ **DTaP/DTP:** 4 or more doses. If the 4th dose was prior to the 4th birthday, a 5th dose is required.
- ☐ **Polio**: 3 or more doses. If the 3rd dose was prior to the 4th birthday, a 4th dose is required.
- ☐ **MMR[3]**: 2 doses. The 1st dose should be given on or after the 1st birthday. The 2nd dose should be given after the 4th birthday.
- ☐ **Hep B[3]**: 3 doses.
- ☐ **Varicella[4]**: 2 doses. The 1st dose should be given on or after the 1st birthday and the 2nd dose after the 4th birthday.

GRADES 1-6:

- ☐ **DTaP/DTP**: 4 or more doses. If the 4th dose was prior to the 4th birthday, a 5th dose is required. Students who start the series at age 7 or older only need a total of 3 doses. A booster dose of Td or Tdap is recommended by the Division of Public Health for all students at age 11 or five years after the last DTap, DTP, or DT dose was administered –whichever is later.
- ☐ **Polio**: 3 or more doses. If the 3rd dose was prior to the 4th birthday, a 4th dose is required.
- ☐ **MMR[3]**: 2 doses. The 1st dose should be given on or after the 1st birthday. The 2nd dose should be given after the 4th birthday.
- ☐ **Hep B[3]**: 3 doses. For children 11 to 15 years old, two doses of a vaccine approved by CDC may be used.
- ☐ **Varicella[4]**: 2 doses. The 1st dose must be given on or after the 1st birthday and the 2nd dose after the 4th birthday.

Immunizations *Strongly* Recommended by the Delaware Division of Public Health

- ☐ **Influenza (seasonal) vaccine:** *each year* for *all* children (6 months and up).
- ☐ **Tetanus-Diphtheria-Pertussis (Tdap):** booster at age 11 or five years after the last dose
- ☐ **Meningococcal (MCV4):** all children at 11 or 12 years, and a booster does at age 16
- ☐ **Human papillomavirus vaccine (HPV):** all girls and boys (ages 11 or 12)
- ☐ **Pneumococcal vaccine (PCV13):** children with specific risk factors
- ☐ **Pneumococcal vaccine (PPSV):** certain high risk groups
- ☐ **Hepatitis A:** unvaccinated children who are or will be at increased risk

[1] Clinicians refer to: Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents, (3rd ed.) AAP, 2008
[2] Children who enter school prior to age four shall follow current Delaware Division of Public Health recommendations.
[3] Disease histories for measles, rubella, mumps and Hepatitis B will not be accepted unless serologically confirmed.
[4] Varicella disease history must be verified by a health care provider to be exempted from vaccination.

CHILD'S NAME_____

PART I – HEALTH HISTORY

To be completed by parent/guardian prior to exam
The healthcare provider should review and provide comments in the last column.

Name:_____ **Gender:**_____ **DOB:**_____

Date:_____ **Examiner:**_____

	PARENT		HEALTHCARE PROVIDER COMMENT
Developmental delay (speech, ambulation, other)?	Yes	No	
Serious injury or illness?			
Medication?			
Hospitalizations? When? What for?			
Surgery? (List all) When? What for?			
Ear/Hearing problems?			
Heart problems/Shortness of breath?	Yes	No	
Heart murmur/High blood pressure?	Yes	No	
Dizziness or chest pain with exercise?	Yes	No	
Allergies (food, insect, other)?	Yes	No	
Family history of sudden death before age 50?	Yes	No	
Child wakes during the night coughing?	Yes	No	
Diagnosis of asthma?	Yes	No	
Blood disorders (hemophilia, sickle cell, other)?	Yes	No	
Excessive weight gain or loss?	Yes	No	
Diabetes?	Yes	No	
Loss of function of one or paired organs (eye, ear, kidney, testicle)?			
Seizures?	Yes	No	
Head injuries/Concussion/Passed out?	Yes	No	
Muscle, Bone, or Joint problem/Injury/Scoliosis?	Yes	No	
ADHD/ADD?	Yes	No	
Behavior concerns?	Yes	No	
Eye/Vision concerns? ☐Glasses ☐Contacts ☐Other_____	Yes	No	
Dental concerns? ☐Braces ☐Bridge ☐Plate ☐Other? Date of exam _____	Yes	No	
Other diagnoses?	Yes	No	
Does your child have health insurance?	Yes	No	
Does your child have dental insurance	Yes	No	

Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.

Parent/Guardian Signature **Date**

CHILD'S NAME_____

PART II – IMMUNIZATIONS

Entire section below to be completed by MD/DO/APN/NP/PA
Printed VAR form may be attached in lieu of completion.

Immunizations – Shaded *Vaccines Required. Regulations is located at Title 14 Section 804 Immunizations.*

DTaP/ DT / /	**DTaP/ DT** / /	**DTaP/ DT** / /	**DTaP/ DT** / /	**DTaP/ DT** / /
OPV/ IPV / /	**OPV/ IPV** / /	**OPV/ IPV** / /	**OPV/ IPV** / /	**OPV/ IPV** / /
PCV7/ PCV13 / /	**PCV7/ PCV13** / /	**PCV7/ PCV13** / /	**PCV7/ PCV13** / /	**PCV7/ PCV13** / /
Hib / /	**Hib** / /	**Hib** / /	**Hib** / /	
MMR / /	**MMR** / /	**HepB /HepB-2** / /	**HepB /HepB-2** / /	**HepB** / /
VAR / /	**VAR** / /	**RV-2/ RV-3** / /	**RV-2/ RV-3** / /	**RV-3** / /
MCV4 / /	**MCV4** / /	**HPV** / /	**HPV** / /	**HPV** / /
Hep A / /	**Hep A** / /	**Td/ Tdap** / /	**Td/ Tdap** / /	**Td** / /
Influenza / /	**Influenza** / /	**PPSV23** / /	**PPSV23** / /	
Other: / /	**Other:** / /	**Other:** / /	**Other:** / /	**Other:** / /

Child is fully immunized per DPH/CDC recommendations (refer to cover page) ☐ Yes ☐ No

PART III – SCREENING & TESTING

Entire section below to be completed by MD/DO/APN/NP/PA

Screen	**Height:** _____ (inches) **Weight:** _____ (pounds) **BMI:** _____ **BMI Percentile:** _____ **BP:** _____ **Pulse:** _____ **Other:** _____
Dental Screen	☐ **Problem Identified:** Referred for treatment ☐ **No Problem:** Referred for prevention ☐ **No Referral:** Already receiving dental care
Tuberculosis Screen	All new enterers must have TB test or TB Risk Assessment, which must be done within 12 months prior to school entry. **Risk Assessment:** **Date**_____ **Results:** ☐ Test Required ☐ Test Not Required **Mantoux Skin Test:** **Date**_____ **Results:**_____MM **Other:** (type)_____ **Date**_____ **Results:**_____MM
Lead Test	Blood lead test required for children age 6 months through 6 years **Date:**_____ **Results:**_____
Other Screen	**Hearing:** **Type:**_____ **Date:**_____ **Results:**_____ **Referral:** ☐ No ☐ Yes _____ Date **Vision:** **Type:**_____ **Date:**_____ **Results:**_____ **Referral:** ☐ No ☐ Yes _____ Date **Other:** **Type:**_____ **Date:**_____ **Results:**_____ **Referral:** ☐ No ☐ Yes _____ Date

CHILD'S NAME_____

PART IV – COMPREHENSIVE EXAM

Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA

PHYSICAL EXAMINATION	Check (✓) NORMAL	ABNORMAL	REFERRAL	HEALTHCARE PROVIDER COMMENT
General Appearance				
Skin				
Eyes				
Ears				
Nose/Throat				
Mouth/Dental				
Cardiovascular				
Respiratory				
Thyroid				
Gastrointestinal				
Genito-Urinary				
Neurological				
Musculoskeletal				
Spinal examination				
Nutritional status				
Mental health status				

FOR CHRONIC & LIFE THREATENING CONDITIONS:

Children with life-threatening conditions need an emergency care plan for school.

Please attach care plan, protocols, and/or emergency care plan.

Recommendations or Referrals:_____

_____

_____

DIAGNOSIS	EMERGENCY PLAN ATTACHED		CARE PLAN OR PRESCRIPTION PLAN ATTACHED	
	YES	NO	YES	NO

Print Name: _____ **Signature:** _____ **Date:** _____

☐**Physician (MD or DO)** ☐**Clinical Nurse Specialist (APN)** ☐**Advanced Practice Nurse (APN)** ☐**Physician Assistant (PA)**

Address: _____ **Phone:** _____

DELAWARE STUDENT HEALTH FORM – ADOLESCENT
Grades 7-12

To be completed by licensed healthcare provider:
Physician (MD or DO), Clinical Nurse Specialist (APN), Advanced Practice Nurse (APN), or Physician's Assistant (PA)

To Parent or Guardian:

In order to provide the best educational experience, school personnel must understand your child's health needs. This form requests information from you (Part I) and your health care provider (Parts I, II and III). All students in Delaware public schools must provide documentation of current immunizations. Beginning in August 2016, students entering Grade 9 must have had an adolescent booster dose of Tdap and one dose of meningococcal vaccine. Additionally, a current (within 2 years) health examination is required upon school entry and prior to Grade 9.

Talk with your health care provider about important issues[1] regarding your child, such as:

- ☐ **Physical Growth and Development** (physical and oral health; body image; healthy eating; physical activity)
- ☐ **Social and Academic Competence** (connectedness with family, peers, school, and community; interpersonal relationships; school performance)
- ☐ **Emotional Well-Being** (coping; mood regulation and mental health; self-esteem; sexuality)
- ☐ **Risk Reduction & Safety** (tobacco; alcohol or other drugs; pregnancy; STIs; infection; disaster planning)
- ☐ **Violence & Injury Prevention** (safety belt and helmet use; substance abuse and riding in a vehicle; abuse protection; guns; interpersonal violence [fights/dating violence]; bullying)
- ☐ **Immunizations**

Immunizations *Required* for Newly Enrolled Students at Delaware Schools

GRADES 7-12:

- ☐ **DTaP/DTP, Td/Tdap**: Completion of the primary series plus an adolescent booster dose of Tdap administered at age 11-12 or prior to entry into Grade 9.
- ☐ **Polio**: 3 or more doses. If the 3rd dose was prior to the 4th birthday, a 4th dose is required.
- ☐ **MMR**[2]: 2 doses. The 1st dose should be given on or after the 1st birthday. The 2nd dose should be given after the 4th birthday.
- ☐ **Hep B**[2]: 3 doses. For children 11 to 15 years old, two doses of a vaccine approved by CDC may be used.
- ☐ **Varicella**[3]: 2 doses. The 1st dose must be given on or after the 1st birthday.
- ☐ **Meningococcal:** 1 dose is required for entry into Grade 9. A second dose is recommended by the Division of Public Health for all adolescents.

Immunizations *Strongly* Recommended by the Delaware Division of Public Health

- ☐ **Influenza (seasonal) vaccine:** *each year* for *all* children (6 months and up).
- ☐ **Human papillomavirus vaccine (HPV):** all girls and boys (ages 11 or 12)
- ☐ **Pneumococcal vaccine (PCV13):** children with specific risk factors
- ☐ **Pneumococcal vaccine (PPSV):** certain high risk groups
- ☐ **Hepatitis A:** unvaccinated children who are or will be at increased risk

[1]Clinicians refer to: Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents, (3rd Ed.) AAP, 2008
[2]Disease histories for measles, rubella, mumps and Hepatitis B will not be accepted unless serologically confirmed.
[3]Varicella disease history must be verified by a health care provider to be exempted from vaccination.
[4]A new school enterer is a child entering a Delaware school district for the first time.

CHILD'S NAME_____

PART I – HEALTH HISTORY

To be completed by parent/guardian prior to exam
The healthcare provider should review and provide comments in the last column.

Name:_____ **Gender:**_____ **DOB:**_____

Date:_____ **Examiner:**_____

	PARENT		HEALTHCARE PROVIDER COMMENT
Developmental delay (speech, ambulation, other)?	Yes	No	
Serious injury or illness?			
Medication?			
Hospitalizations? When? What for?			
Surgery? (List all) When? What for?			
Ear/Hearing problems?			
Heart problems/Shortness of breath?	Yes	No	
Heart murmur/High blood pressure?	Yes	No	
Dizziness or chest pain with exercise?	Yes	No	
Allergies (food, insect, other)?	Yes	No	
Family history of sudden death before age 50?	Yes	No	
Child wakes during the night coughing?	Yes	No	
Diagnosis of asthma?	Yes	No	
Blood disorders (hemophilia, sickle cell, other) ?	Yes	No	
Excessive weight gain or loss?	Yes	No	
Diabetes?	Yes	No	
Loss of function of one or paired organs (eye, ear, kidney, testicle)?			
Seizures?	Yes	No	
Head injuries/Concussion/Passed out?	Yes	No	
Muscle, Bone, or Joint problem/Injury/Scoliosis?	Yes	No	
ADHD/ADD?	Yes	No	
Behavior concerns?	Yes	No	
Eye/Vision concerns? ☐Glasses ☐Contacts ☐Other_____	Yes	No	
Dental concerns? ☐Braces ☐Bridge ☐Plate ☐Other? Date of exam _____	Yes	No	
Other diagnoses?	Yes	No	
Does your child have health insurance?	Yes	No	
Does your child have dental insurance	Yes	No	

Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.

Parent/Guardian Signature **Date**

CHILD'S NAME_____

PART II IMMUNIZATIONS

Entire section below to be completed by MD/DO/APN/NP/PA
Printed VAR form may be attached in lieu of completion.

Immunizations – *Shaded Vaccines Required. Regulation is located at Title 14 Section 804: Immunizations*

DTaP/ DT / /	**DTaP/ DT** / /	**DTaP/ DT** / /	**DTaP/ DT** / /	**DTaP/ DT** / /
OPV/ IPV / /	**OPV/ IPV** / /	**OPV/ IPV** / /	**OPV/ IPV** / /	**OPV/ IPV** / /
PCV7/ PCV13 / /	**PCV7/ PCV13** / /	**PCV7/ PCV13** / /	**PCV7/ PCV13** / /	**PCV7/ PCV13** / /
Hib / /	**Hib** / /	**Hib** / /	**Hib** / /	
MMR / /	**MMR** / /	**HepB /HepB-2** / /	**HepB /HepB-2** / /	**HepB** / /
VAR / /	**VAR** / /	**RV-2/ RV-3** / /	**RV-2/ RV-3** / /	**RV-3** / /
MCV4 / /	**MCV4** / /	**HPV** / /	**HPV** / /	**HPV** / /
Hep A / /	**Hep A** / /	**Td/Tdap** / /	**Td/ Tdap** / /	**Td** / /
Influenza / /	**Influenza** / /	**PPSV23** / /	**PPSV23** / /	
Other: / /	**Other:** / /	**Other:** / /	**Other:** / /	**Other:** / /

Child is fully immunized per DPH/CDC recommendations (refer to cover page) ☐ Yes ☐ No

PART III – SCREENING & TESTING

Entire section below to be completed by MD/DO/APN/NP/PA

Screen	**Height:** _____ (inches) **Weight:** _____ (pounds) **BMI:** _____ **BMI Percentile:** _____ **BP:** _____ **Pulse:** _____ **Other:** _____
Dental Screen	☐ **Problem Identified:** Referred for treatment ☐ **No Problem:** Referred for prevention ☐ **No Referral:** Already receiving dental care
Tuberculosis Screen	All new enterers must have TB test or TB Risk Assessment, which must be done within 12 months prior to school entry. **Risk Assessment:** **Date**_____ **Results:** ☐ Test Required ☐ Test Not Required **Mantoux Skin Test:** **Date**_____ **Results:**_____MM **Other:** (type)_____ **Date**_____ **Results:**_____MM
Other Screen	**Hearing: Type:**_____ **Date:**_____ **Results:**_____ **Referral:** ☐ No ☐ Yes _____ Date **Vision: Type:**_____ **Date:**_____ **Results:**_____ **Referral:** ☐ No ☐ Yes _____ Date **Other: Type:**_____ **Date:**_____ **Results:**_____ **Referral:** ☐ No ☐ Yes _____ Date

CHILD'S NAME_____

PART IV – COMPREHENSIVE EXAM

Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA

PHYSICAL EXAMINATION	Check (✓) NORMAL	ABNORMAL	HEALTHCARE PROVIDER COMMENT
General Appearance			
Skin			
Eyes			
Ears			
Nose/Throat			
Mouth/Dental			
Cardiovascular			
Respiratory			
Endocrine			
Gastrointestinal			
Genito-Urinary			
Neurological			
Musculoskeletal			
Spinal examination			
Nutritional status			
Mental health status			

FOR CHRONIC & LIFE THREATENING CONDITIONS:

Children with life-threatening conditions need an emergency care plan for school.

Please attach care plan, protocols, and/or emergency care plan.

Recommendations or Referrals:_____

_____

DIAGNOSIS	EMERGENCY PLAN ATTACHED		CARE PLAN OR PRESCRIPTION PLAN ATTACHED	
	YES	NO	YES	NO

Print Name: _____ **Signature:** _____ **Date:** _____

☐ **Physician (MD or DO)** ☐ **Clinical Nurse Specialist (APN)** ☐ **Advanced Practice Nurse (APN)** ☐ **Physician Assistant (PA)**

Address: _____ **Phone:** _____