

Felecia R. Duggins, Presidenta
Dra. Chanda Jackson, Vicepresidenta
Sean PM Christiansen
John C. Martín, Jr.
Dr. A. S. Anthony J. DePrima



198 Comercio Camino
Dover, DE 19904

Director ejecutivo
superintendente de escuelas
Dr. vilicia cade
Voz: (302) 857-4201
Fax: (302) 672-1715
Correo electrónico: vilicia.cade@capital.k12.de.us

Bienvenidos al Distrito Escolar Capital. Hogar de los Senadores!

Hay muchas oportunidades dentro del Distrito Escolar Capital y estamos emocionados de comenzar el proceso de inscripción de su hijo. Visite nuestro sitio web: <http://www.capital.k12.de.us> y no olvide hacer clic en "Me gusta" en nuestra página de Facebook: <https://www.facebook.com/capitalschooldistrict>. Esperamos conectarnos con usted sobre los últimos y mejores acontecimientos dentro de Capital.

*Para garantizar un registro rápido y exitoso, se requiere la siguiente información:

1. Acta de nacimiento
2. Comprobante de residencia con el nombre del padre/tutor: factura de electricidad, gas o agua, estado de cuenta de la hipoteca o contrato de arrendamiento con el propietario y el nombre del padre/tutor*
3. Registros de vacunación y examen físico actual (dentro de los últimos dos años)
4. Identificación con foto
5. Prueba de paternidad/tutela: puede requerir documentos de custodia y papeles de colocación
6. Documentación del IEP (si corresponde)
7. Documentación 504 (si corresponde)

Si se está transfiriendo al Distrito Escolar Capital desde otro distrito escolar, incluya lo siguiente:

1. Papeles de retiro de la escuela anterior
2. Transcripción de calificaciones o boletas de calificaciones de la escuela anterior
3. Resultados de pruebas estandarizados (si están disponibles)

*La falta de información no servirá como una barrera para el registro y la colocación de aquellos estudiantes que son elegibles para los servicios bajo la Ley de Educación para Personas sin Hogar McKinney Vento.



distrito escolar de la capital
Lista de verificación de registro de estudiantes

Nombre del estudiante _____

Calificación _____ salón de clases _____

Elementos necesarios para el registro	
	Formulario de inscripción
	Información de tratamiento de emergencia
	Formulario de Residencia Estudiantil
	Encuesta sobre el idioma del hogar del DOE de Delaware
	Certificado de nacimiento
	Comprobante de residencia con el nombre del padre/tutor: factura de electricidad, gas o agua, estado de cuenta de la hipoteca o contrato de arrendamiento con el propietario y el nombre del padre/tutor
	Registros de vacunación y examen físico actual (dentro de los últimos dos años)
	Prueba de paternidad/tutela: puede requerir documentos de custodia y documentos de colocación primaria
	Identificación con foto
	Historia del estudiante del Distrito Escolar Capital (2 páginas)
	Formulario de salud para estudiantes de Delaware
Artículos adicionales requeridos para Kindergarten/PreK	
	Formulario de información para padres (2 páginas)
	Encuesta de habla
Si se transfiere de otro distrito	
	Papeles de retiro de la escuela anterior
	Transcripción de calificaciones o boletas de calificaciones de la escuela anterior
	Documentación IEP/504 (si corresponde)
	Resultados de la evaluación estandarizada

*La falta de información no servirá como una barrera para la inscripción y colocación de aquellos estudiantes que son elegibles para los servicios bajo McKinney Ley de educación para personas sin hogar de Vento.

El Distrito Escolar de la Capital es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades y no discrimina por motivos de raza, color, credo, religión, sexo (incluidos embarazo, parto y condiciones médicas relacionadas), origen nacional, ciudadanía o ascendencia, edad, discapacidad, estado civil, estado de veterano, información genética, orientación sexual o identidad de género, contra víctimas de violencia doméstica, delitos sexuales o acoso, o sobre cualquier otra categoría protegida por la ley federal, estatal o local. Las consultas sobre las políticas de no discriminación deben dirigirse a los Coordinadores del Título IX, Distrito 504 y ADA: Capital School District, 198 Commerce Way, Dover DE 19904. Teléfono (302) 672-1500.



Formulario de registro del distrito escolar de la capital

Escuela _____

Año escolar _____ Grado _____ Fecha _____

Elección: Sí	_____	No	_____
Distrito de residencia	_____		
Escuela de Residencia	_____		
salón de clases	_____		
Solo uso de oficina			

Transferir desde _____

¿Este niño asiste actualmente o hay un contrato firmado con una escuela chárter? Sí _____ No _____ Dónde _____

¿Este niño ha asistido alguna vez al Distrito Escolar Capital antes? Sí _____ No _____ Cuando _____

Información del estudiante

Nombre legal del niño _____ Edad _____

Apodos _____ ¿Se ha retenido al niño? : Sí No Grado(s) _____

Fecha de nacimiento: _____ Género Masculino _____ Femenino _____ Militar activo: Sí No _____

Hispano: Si No _____ Carrera: Indio Americano/AK Negro/afroamericano caucásico asiático Nativo de Hawái/isleño del Pacífico

Idioma del hogar del niño: _____

Dirección postal completa del niño: _____ Dirección física completa del niño (si es diferente): _____

Apartado postal/calle _____ Calle _____

Código postal _____ Código postal _____

Desarrollo _____ Desarrollo _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de casa: _____

*Marque si corresponde: Discurso de crianza temporal para personas sin hogar Título I Plan 504 para Dotados IEP Otro _____

Programas especiales necesarios: _____

Información de padres/tutores

Padre Padrastro Tutor de padres de crianza Otro _____

Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Vive con: Si No

Custodia legal: Articulación cuidador familiar Otro _____

Contacto de emergencia: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Padre Padrastro Padre de Crianza Tutor Otro _____

Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Vive con: Si No

Custodia legal: Articulación cuidador familiar Otro _____

Contacto de emergencia: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Hermanos en el hogar actual menores de 18 años:

Nombre _____ Edad _____ Calificación _____

Nombre _____ Edad _____ Calificación _____

Nombre _____ Edad _____ Calificación _____

Esto es para confirmar a los funcionarios del Distrito Escolar Capital que soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente y que esta es mi dirección legal

Escriba su nombre en letra de imprenta Fecha de firma

SÓLO PARA USO DE OFICINA		
Autobús _____	ED ESPECIAL. CLASE _____	ALMUERZO _____
EN LA COMPUTADORA _____	REGISTROS SOLICITADOS _____	PROFESOR ASIGNADO _____



Información de contacto y tratamiento de emergencia del Distrito Escolar Capital

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____

El niño reside con: _____

Relación: _____

DIRECCIÓN: _____

Relación: _____

salón de clases: _____

Número de autobús a la escuela: _____

Calificación: _____

Número de autobús de la escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la guardería/niñera: _____

Sexo (M/F): _____

Teléfono de la guardería: _____

Teléfono de casa: _____

Información del Guardián 1	Información del Guardián 2
Nombre: _____	Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección de casa: _____	Dirección de casa: _____
Teléfono de casa: _____	Teléfono de casa: _____
Teléfono móvil: _____	Teléfono móvil: _____
Teléfono de negocios: _____	Teléfono de negocios: _____
Lugar de Empleo: _____	Lugar de Empleo: _____
Dirección de correo electrónico: _____	Dirección de correo electrónico: _____
Nombre del padraastro/cónyuge: _____	Nombre del padraastro/cónyuge: _____
Lugar de Empleo: _____	Lugar de Empleo: _____
Teléfono de negocios: _____	Teléfono de negocios: _____
Teléfono móvil: _____	Teléfono móvil: _____

SI NO SE PUEDE CONTACTAR A LOS PADRES/TUTORES, LLAME AL:

Nombre	Relación	Teléfono del trabajo	Teléfono de casa
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____

Médico del estudiante: _____ Teléfono _____

Dentista del estudiante: _____ Teléfono _____

Información del seguro:

Proveedor: _____ Grupo #: _____ Política #: _____ N.º de Medicaid _____

Indique los problemas médicos del estudiante: _____

Medicamentos que el estudiante toma regularmente: _____

ALERGIAS (alimentarias, medicamentosas, ambientales) _____

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA ESCOLAR

En caso de enfermedad o lesión, la escuela intentará comunicarse con ambos padres a todos los números disponibles. Si no se puede contactar al padre, se llamará a los contactos de emergencia en el orden en que aparecen en la lista. Si no se llega a un contacto de emergencia, se brindará la atención médica adecuada, incluido el contacto con el médico del estudiante y el traslado en ambulancia (si es necesario) a un centro médico para recibir atención y evaluación adicionales. La escuela continuará llamando a los padres, tutores o al médico hasta que se comunique con uno.

He leído y entiendo el Procedimiento de Emergencia Escolar y estoy de acuerdo con su implementación. Si no se me puede localizar, acepto asumir la responsabilidad por el costo de la atención de emergencia, incluido el transporte en ambulancia si es necesario. Doy mi consentimiento para la atención de emergencia, el tratamiento, la cirugía, el procedimiento de diagnóstico o la administración de anestesia que se pueda llevar a cabo según el criterio médico del médico tratante para garantizar la salud, la seguridad y el bienestar de mi hijo.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

Esta información se puede compartir con el personal de la escuela según la "necesidad de saber".



Cuestionario de residencia estudiantil de Delaware McKinney-Vento

Este Cuestionario de Residencia Estudiantil está destinado a abordar la Ley McKinney-Vento. Sus respuestas ayudarán al personal de la escuela a determinar los documentos de residencia necesarios para la inscripción de este estudiante. La información proporcionada en este formulario es confidencial.

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Calificación: _____ Masculino Femenino

Nombre de la escuela actual: _____ Nombre de la última escuela: _____

¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? Sí No Si respondió 'Sí', complete todas las preguntas de este formulario.

Si respondió 'NO', salte las preguntas 1 a 4 y complete la sección inferior.

1. ¿ Vives en alguna de las siguientes situaciones?

Compartir la vivienda de otras personas debido a: (marque uno)

Pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar (ejemplo: desalojo, pérdida de trabajo, etc.)

Explicar: _____

Arreglo de vivienda cooperativa a largo plazo para ahorrar dinero o una razón similar

Otro (especifique): _____

En un motel, hotel, campamento o entorno similar debido a: (marque uno)

La falta de alojamiento alternativo adecuado,

Explicar: _____

Un arreglo de vivienda conveniente o esperar que el apartamento o la casa estén listos

Otro (por favor especifique): _____

En un refugio de emergencia o de transición, como un refugio para víctimas de violencia doméstica, un refugio para personas sin hogar o una vivienda de transición u otro refugio

Tener una residencia nocturna principal que es un lugar que no está diseñado ni se usa normalmente como alojamiento para dormir para humanos

En un automóvil, parque, espacio público, edificio abandonado, vivienda precaria, estación de autobús o tren, o ajuste similar

Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuánto tiempo prevé vivir en este lugar? _____

3. El estudiante vive con:

Padre(s) o tutor(es) legal(es)

Pariente(s), amigo(s) u otro(s) adulto(s) que no sea el padre o tutor legal

Solo sin adultos

4. Indique el nombre y las edades de los niños que viven con usted de los que tiene la tutela:

A. _____

C. _____

B. _____

D. _____

Soy el padre/tutor legal de _____ que está en edad escolar y que está solicitando la inscripción en el Distrito escolar.

Entiendo que presentar un registro falso de falsificación de registros es un delito según las leyes federales y estatales y la inscripción del niño con documentos falsos expone a la persona a responsabilidad por la matrícula y otros costos.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Correo electrónico: _____

DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono con código de área: _____ Número de teléfono de contacto de emergencia con código de área: _____



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Edificio Townsend
401 Calle Federal Suite 2
Dover, Delaware 19901-3639
SITIO WEB: <http://www.doe.k12.de.us>

Susan S. Bunting, Ed.D.
secretaria de educacion
Voz: (302) 735-4000
FAX: (302) 739-4654

Encuesta sobre el idioma del hogar del Departamento de Educación de Delaware

Fecha: _____ Escuela: _____

El Departamento de Educación de Delaware requiere que las escuelas determinen los idiomas que habla cada estudiante en el hogar. La información proporcionada solo se utilizará para determinar si su estudiante es elegible para comenzar el proceso de inglés como segundo idioma y no se utilizará para asuntos de inmigración ni se informará a las autoridades de inmigración.

Información del estudiante			
Nombre de pila:		País de nacimiento:	
Apellido:		Fecha de entrada en los EE.UU.:	
Fecha de nacimiento:		Fecha en que el estudiante se inscribió por primera vez en una escuela de EE. UU.:	

Encierre en un círculo las calificaciones a las que asistió su hijo en las escuelas de EE. UU.

PAQUETE

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

¿Cuántos meses en total ha estado inscrito el estudiante en una escuela de EE. UU.? _____

1. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo?

Idioma: _____ Dialecto: _____

2. ¿Qué idioma usa su hijo con más frecuencia en casa?

Idioma: _____ Dialecto: _____

3. ¿Qué idiomas habla con más frecuencia con su hijo?

Idioma: _____ Dialecto: _____

4. ¿Qué idioma(s) además del inglés se hablan en su hogar?

Idioma: _____ Dialecto: _____

5. ¿En qué idioma preferiría recibir información de su escuela?

Idioma: _____ Dialecto: _____

Nombre del padre

Firma de los padres

Fecha

LEA: Pida a todas las familias que completen esta encuesta sobre el idioma del hogar en la inscripción inicial del estudiante en la escuela. Este formulario debe ser firmado y fechado por el padre o tutor y guardado en el archivo del estudiante. (Si en las preguntas 1 a 3 se incluye un idioma que no sea inglés o inglés no estadounidense, LEA debe continuar con una revisión de registros, paso 2 del proceso de identificación de estudiantes de inglés).



Fecha _____ Escuela _____

El nombre del niño _____
(Último) (Primero) (Medio)

Fecha de nacimiento _____ Carrera _____ Sexo M F

POR FAVOR LEA CADA PREGUNTA CUIDADOSAMENTE Y COMPLETE LOS ESPACIOS EN BLANCO COMPLETAMENTE Y CON PRECISIÓN.

1. ¿Peso del niño al nacer? _____ Nacido temprano? c Sí c No En caso afirmativo, ¿cuántas semanas antes? _____

2. ¿Hubo alguna dificultad inusual para la madre o el bebé durante el embarazo o el nacimiento de este niño? c Sí c No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Su hijo necesitó oxígeno al momento del nacimiento? c Sí c No

3. ¿Su hijo tiene asma? c Sí c No En caso afirmativo, Leve Moderado Severo

¿Medicamentos en la escuela? _____

4. ¿Tiene su hijo: Anemia de células falciformes? c Sí c No

5. ¿Tiene su hijo: Diabetes? c Sí c No

6. ¿Su hijo tiene alergias (medicamentos, alimentos, medio ambiente, picaduras de insectos, látex, etc.)? c Sí c No

En caso afirmativo, enumérelas y describa en detalle lo que le sucede al niño. _____

7. ¿Su hijo toma medicamentos para las alergias? c Sí c No Medicamentos _____

¿Sería necesario tener este medicamento a mano en la escuela en caso de una reacción alérgica repentina? c Sí c No

8. ¿Alguna vez ha sido admitido este niño durante la noche en un hospital? c Sí c No ¿Por qué? _____

9. ¿Ha estado este niño alguna vez con algún medicamento a largo plazo? c Sí c No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

10. ¿Ha experimentado este niño algo de lo siguiente?

c Convulsiones

c Problemas de alimentación

c Problemas físicos

c Fiebre alta persistente

c Problemas para dormir

c Enfermedad Crónica

Lesión en la cabeza Problemas para ir al baño

En caso afirmativo de alguna de las anteriores, por favor explique: _____

11. ¿Problemas del habla? Sí No ¿Evaluación? c Sí c No ¿Terapia? c Sí c No

¿Si sí donde? _____

12. ¿Problemas de audición? c Sí c No

El nombre del doctor _____

Fecha de la última visita _____

13. ¿Problemas de visión? Sí No Gafas Contactos

El nombre del doctor _____

Fecha de la última visita _____

14. ¿Ha tenido este niño alguna vez varicela? c Sí Fecha _____

No

15. ¿A qué edad aproximadamente comenzó el niño lo siguiente?

Siéntate solo _____

Gatear _____

Caminar _____

decir palabras simples _____

16. ¿Ha tenido preocupaciones de que su hijo pueda tener dificultades para adaptarse o tener éxito en la escuela? c Sí c No

Explicar: _____

17. ¿Ha tenido el niño alguna experiencia previa en la escuela o guardería? c Sí c No

¿Si sí donde? _____

¿Cuando? _____

18. ¿Cree que su hijo tiene una necesidad especial? Por favor marque todas sus inquietudes de la siguiente lista.

Comportamiento:

Tiene berrinches No es capaz de aceptar límites

c Se resiste a las reglas o se niega a cumplir con las solicitudes c Es destructivo con los juguetes

Socialización:

c No juega con otros niños c No se separa de mí fácilmente

Habla/Lenguaje:

c Tiene un habla poco clara o confusa c Usa oraciones incompletas

c Tiene dificultad para expresar sus deseos
c Necesita que le repitan las instrucciones con frecuencia

Atención:

Se distrae con facilidad
Salta de una tarea a otra

c Tiene un lapso de atención corto
c Persiste cuando se le pide que pare

Habilidades de desarrollo: c No parece estar aprendiendo a un ritmo promedio

c Actúa mucho más joven que su edad

c Ha tenido retrasos en los hitos del desarrollo c Busca amigos mucho más jóvenes

Motor:

c es torpe
c Tiene dificultad para usar lápices, crayones o tijeras
c Tiene dificultad para abotonarse o cerrar la cremallera

19. ¿Es el inglés el idioma principal en el hogar? Sí No Idioma principal _____

20. Escriba aquí cualquier inquietud que tenga con respecto a la salud física, mental y/o emocional de su hijo.

FORMULARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE DELAWARE - ADOLESCENTE

Grados 7-12

Para ser completado por un proveedor de atención médica autorizado:

Médico (MD o DO), especialista en enfermería clínica (APN), enfermera de práctica avanzada (APN) o asistente médico (PA)

Al padre o tutor:

Para brindar la mejor experiencia educativa, el personal de la escuela debe comprender las necesidades de salud de su hijo. Este formulario solicita información de usted (Parte I) y de su proveedor de atención médica (Partes I, II y III). Todos los estudiantes de las escuelas públicas de Delaware deben proporcionar la documentación de las vacunas actuales. Además, se requiere un examen de salud actual (dentro de los 2 años) al ingresar a la escuela y antes del noveno (9.º) grado.

Hable con su proveedor de atención médica sobre temas importantes¹ relacionados con su hijo, como:

- Crecimiento y Desarrollo Físico (salud física y bucal, imagen corporal, alimentación saludable, actividad física)
- Competencia social y académica (conexión con la familia, los compañeros, la escuela y la comunidad; relaciones interpersonales; desempeño escolar)
- Bienestar emocional (enfrentamiento, regulación del estado de ánimo y salud mental, autoestima, sexualidad)
- Reducción de riesgos y seguridad (tabaco, alcohol u otras drogas; embarazo; ITS; infección; planificación de desastres)
- Prevención de violencia y lesiones (uso del cinturón de seguridad y casco, abuso de sustancias y andar en un vehículo, protección contra el abuso, armas, violencia interpersonal [peleas/violencia en citas], intimidación)
- vacunas

Vacunas requeridas para los estudiantes recién matriculados en las escuelas de Delaware

GRADOS 7-12:

- DTaP/DTP, Td/Tdap: 4 o más dosis. Si la cuarta dosis fue antes del cuarto cumpleaños, se requiere una quinta dosis. Estudiantes, que inician la serie a los 7 años o más; solo necesita un total de 3 dosis. La División de Salud Pública recomienda una dosis de refuerzo de Td o Tdap para todos los estudiantes a la edad de 11 años o cinco años después de que se administró la última dosis de DTaP, DTP o DT, lo que ocurra más tarde.
- Polio: 3 o más dosis. Si la 3ra dosis fue antes del 4to cumpleaños, se requiere una 4ta dosis.
- MMR2 : 2 dosis. La primera dosis debe administrarse en o después del primer cumpleaños. La 2.ª dosis debe administrarse después del 4.º cumpleaños.
- Hepatitis B2 : 3 dosis. Para niños de 11 a 15 años, se pueden usar dos dosis de una vacuna aprobada por los CDC.
- Varicela3 : 1-2 dosis. La primera dosis debe administrarse en o después del primer cumpleaños. Se requieren dos dosis para todos los nuevos ingresantes a la escuela4 en: K-9º grado en 2012-2013, K-10º grado en 2013-2014, K-11º grado en 2014-15 y K-12º grado en 2015-2016.

Vacunas altamente recomendadas por la División de Salud Pública de Delaware

- Vacuna contra la influenza (estacional): cada año para todos los niños (6 meses en adelante).
- Tétanos-Difteria-Tos ferina (Tdap): refuerzo a los 11 años o cinco años después de la última dosis Meningocócica (MCV4):
- todos los niños a los 11 o 12 años, y un refuerzo hace a los 16 años Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH):
- todas las niñas y niños (11 o 12 años)
- Vacuna neumocócica (PCV13): niños con factores de riesgo específicos Vacuna neumocócica
- (PPSV): ciertos grupos de alto riesgo Hepatitis A: niños no vacunados que están
- o estarán en mayor riesgo

¹ Los médicos consultan: Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents, (3ra ed.) AAP, 2008

² No se aceptarán antecedentes de enfermedades como sarampión, rubéola, paperas y hepatitis B a menos que se confirmen serológicamente.

³ El historial de la enfermedad de varicela debe ser verificado por un proveedor de atención médica para estar exento de la vacunación.

⁴ Un nuevo ingreso a la escuela es un niño que ingresa a un distrito escolar de Delaware por primera vez.

PARTE I – HISTORIAL MÉDICO

Para ser completado por el padre/tutor antes del examen
El proveedor de atención médica debe revisar y proporcionar comentarios en la última columna.

Nombre: _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____ Examinador: _____

	PADRE		COMENTARIO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA
¿Retraso en el desarrollo (habla, deambulación, otros)?	sí	No	
¿Lesión o enfermedad grave?			
¿Medicamento?			
¿Hospitalizaciones? ¿Cuándo? ¿Para qué?			
¿Cirugía? (Listar todo) ¿Cuándo? ¿Para qué?			
¿Problemas de oído/audición?			
¿Problemas cardíacos/dificultad para respirar?	sí	No	
¿Soplo cardíaco/presión arterial alta?	sí	No	
¿Mareos o dolor en el pecho con el ejercicio?	sí	No	
¿Alergias (alimentos, insectos, otros)?	sí	No	
¿Antecedentes familiares de muerte súbita antes de los 50 años?	sí	No	
¿El niño se despierta durante la noche tosiendo?	sí	No	
¿Diagnóstico de asma?	sí	No	
Trastornos de la sangre (hemofilia, células falciformes, otros) ?	sí	No	
¿Ganancia o pérdida excesiva de peso?	sí	No	
¿Diabetes?	sí	No	
¿Pérdida de la función de uno o dos órganos (ojo, oído, riñón, testículo)?			
¿Convulsiones?	sí	No	
¿Lesiones en la cabeza/conmoción cerebral/desmayo?	sí	No	
¿Problema muscular, óseo o articular/lesión/escoliosis?	sí	No	
¿TDAH/TDA?	sí	No	
¿Preocupaciones de comportamiento?	sí	No	
¿Preocupaciones sobre los ojos/la visión? <input type="checkbox"/> Gafas Contactos <input type="checkbox"/> Otro _____	sí	No	
¿Preocupaciones dentales? <input type="checkbox"/> Puente de ortodoncia Fecha del examen _____ <input type="checkbox"/> Lámina <input type="checkbox"/> ¿Otro?	sí	No	
¿Otros diagnósticos?	sí	No	
¿Tiene su hijo seguro médico?	sí	No	
¿Tiene su hijo seguro dental? La información	sí	No	
se puede compartir con el personal apropiado con fines educativos y de salud.			
Tutor			Fecha
Firma			

PARTE IV – EXAMEN COMPLETO

Toda la sección a continuación debe ser completada por MD/DO/APN/PA

FÍSICO EXAMEN	Marcar ()		COMENTARIO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA
	NORMAL	ANORMAL	
Apariencia general			
Piel			
Ojos			
Orejas			
Nariz/Garganta			
Boca/Dental			
Cardiovascular			
Respiratorio			
Endocrino			
Gastrointestinal			
Genito-Urinario			
Neurológico			
musculoesquelético			
examen de la columna			
Estados nutricionales			
Estado de salud mental			

PARA CONDICIONES CRÓNICAS Y QUE AMENAZAN LA VIDA:

Los niños con condiciones que amenazan la vida necesitan un plan de atención de emergencia para la escuela.

Adjuntar plan de atención, protocolos y/o plan de atención de emergencia.

Proporcione a los padres información sobre el Programa de Alerta de Necesidades Especiales (SNAP) para EMS.

Recomendaciones o Referencias: _____

DIAGNÓSTICO	PLAN DE EMERGENCIA ADJUNTO		PLAN DE CUIDADO O PRESCRIPCIÓN PLANO ADJUNTO	
	SÍ	NO	SÍ	NO

Imprimir nombre: _____ Fecha de firma: _____

Médico (MD o DO) Especialista en enfermería clínica (APN) Enfermera de práctica avanzada (APN) Asistente médico (PA)

Dirección: _____ Teléfono: _____

STUDENT HEALTH HISTORY UPDATE

This information will be shared on a need to know basis with staff, administration and emergency medical staff in the case of an emergency unless you notify us otherwise.

Date _____ Parent/Guardian's Signature _____

Student _____ DOB: _____ Grade _____ Teacher _____

PLEASE CHECK IF CHILD HAS HAD DIFFICULTY WITH ANY OF THE FOLLOWING. GIVE DATES AND ADDITIONAL INFORMATION UNDER COMMENTS.

- | | | | |
|---|--|--|----------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Bone/Spine | <input type="checkbox"/> Heart | <input type="checkbox"/> Speech |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Bowel/Bladder | <input type="checkbox"/> Infections | <input type="checkbox"/> Surgery |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Kidney | <input type="checkbox"/> Vision |
| <input type="checkbox"/> Blood Disorder | <input type="checkbox"/> Emotional | <input type="checkbox"/> Physical Disability | |
| <input type="checkbox"/> Body Piercing/Tattoo | <input type="checkbox"/> Hearing | <input type="checkbox"/> Seizures | |
| <input type="checkbox"/> OTHER _____ | | | |

Comments: _____

2. Does your child have allergies to medicine, food, latex or insect bites?
NO YES To What _____ What happens? _____
Treatment _____

3. Has your child had any illnesses since school last ended?
NO YES Type of illness, with date(s) _____

4. Has your child had surgery since school last ended?
NO YES Type of surgery, with date(s) _____

5. Has your child received any immunizations since school last ended?
NO YES List immunizations, with dates _____

6. Is your child being treated or evaluated for any health conditions?
NO YES List condition _____

7. Is your child on any medication or treatment?
NO YES Name of medication and/or treatment _____
Does your child need medicine during school hours?
NO YES ****If yes, please contact the school nurse to make arrangements.***

8. Has your child ever been examined by an eye doctor?
NO YES Date of last exam _____
NO YES Glasses Prescribed _____
If your child wears glasses or contact lenses, when was the prescription last changed _____

9. What is the name of your child's dentist? _____
What is the date of his/her last dental exam? _____

10. What is the name of your child's primary healthcare provider? _____
What is the date of his/her last physical exam? _____

11. Has your child experienced any major life events, such as a recent move, death, separation, divorce, etc. since the end of last school year?
NO YES ****If yes, please contact your School Nurse or School Counselor.***

12. Have you, your child or anyone in your household tested positive for COVID-19?
NO YES ****If yes, please contact the school nurse.***



2023 – 2024 ESTUDIANTE JOVEN CON CONEXIÓN AL MILITAR

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Todas las escuelas públicas de Delaware a partir del año escolar 2016 - 2017 deben identificar anualmente a los estudiantes inscritos que son "jóvenes conectados con el ejército" de conformidad con 14 DE Admin. Código 932, 14 Del.C.

Capítulo 1, §122 (b)(28), 10 USC §101(d) (2014), y la Ley reautorizada Every Student Succeeds Act (2015), 20 USC 6301 et seq. con el fin de posiblemente proporcionar a su estudiante apoyos y servicios adicionales si es necesario.

Lea las siguientes declaraciones y marque la casilla correspondiente a continuación.

- Si es padre o padrastro, solo marque la casilla que se aplica específicamente a usted, su deber estado y rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos.
- Si usted es un padre o padrastro que cumple con la definición de la casilla uno o dos, y hay una miembro de la familia inmediata que reside en el mismo hogar que cumple con la definición de la casilla tres, entonces se deben marcar ambas casillas.
- Si su estudiante no es un "joven relacionado con el ejército", marque la cuarta casilla, "No aplicable".

PADRES O PADRASTRO

"Servicio activo" : soy un padre o padrastro que es un miembro "en servicio activo" de las Fuerzas Armadas (Ejército de los Estados Unidos, Marina de los Estados Unidos, Fuerza Aérea de los Estados Unidos, Cuerpo de Marines de los Estados Unidos o Guardia Costera de los Estados Unidos) de conformidad con 10 USC §101(d) (2014) y la ley reautorizada Every Student Succeeds Act (2015), 20 USC 6301 et seq.

"Servicio activo/Recientemente jubilado/Reservas/Identificado como veterano discapacitado/Muerto en acción" - Un padre o padrastro que resida en el mismo hogar, que esté en servicio activo, sirviendo en el componente de reserva, identificado como veterano discapacitado, muerto en acción o jubilado 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. Dichas ramas consisten en el Ejército de los Estados Unidos, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, el Cuerpo de Marines de los Estados Unidos, la Armada de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, la Guardia Costera de los Estados Unidos, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de conformidad con 14 DE Admin . Código 932, 14 Del.C. Capítulo 1, §122 (b)(28), 10 USC §101(d) (2014).

FAMILIAR INMEDIATO O CUALQUIER OTRA PERSONA QUE RESIDE EN EL MISMO HOGAR

"Servicio activo/Recientemente jubilado/Reservas/Identificado como veterano discapacitado/Muerto en acción" - Un miembro de la familia inmediata, incluido un hermano o cualquier otra persona que resida en el mismo hogar, que esté en servicio activo, sirviendo en el componente de reserva, identificado como veterano discapacitado, muerto en acción o jubilado 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. Dichas ramas consisten en el Ejército de los Estados Unidos, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, el Cuerpo de Marines de los Estados Unidos, la Armada de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, la Guardia Costera de los Estados Unidos, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de conformidad con 14 DE Admin . Código 932, 14 Del.C. Capítulo 1, §122 (b)(28), 10 USC §101(d) (2014).

NO APLICABLE

Nombre del estudiante: _____

Calificación: _____

Nombre de escuela: _____

Nombre del maestro de aula: _____

Devuelva este formulario al maestro de salón de su estudiante el lunes 18 de septiembre de 2023 o antes.



TÍTULO I, PARTE C

Encuesta de Trabajo Agrícola

Estimado Padre / Tutor,

Fecha: _____

Para servir a su hijo, _____, el _____ La escuela del distrito/chárter es _____
(Inserte el nombre del distrito/escuela autónoma)
 ayudar al estado de Delaware a identificar a los estudiantes que pueden calificar para recibir educación adicional y servicios de apoyo.

La información proporcionada a continuación se mantendrá confidencial en el Departamento de Educación y se utilizará para la planificación de propósitos solamente. **Please answer the following questions and return this form to your child's school.**

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

_____ Sí _____ NO

If "NO," no complete the remainder of this survey. If "YES," please continue.

2. ¿Fue el motivo de este cambio para buscar o aceptar un trabajo en una actividad agrícola o pesquera como las enumeradas ¿abajo? Responda esta pregunta incluso si ahora tiene un tipo diferente de trabajo.

_____ Sí _____ NO

If "YES," please cMarque todo lo que corresponda si usted o su esposo/esposa, o alguien en su hogar ha trabajado con, en o en un:

Granja	planta procesadora de pollo	Frutas/especias secas o deshidratadas	Vivero/invernadero de plantas
Lácteos	Procesamiento de carne/pescado	Granjas de césped	Cultivo o cosecha de árboles
Rancho	pantanos de arándanos	Planta empacadora de carne o alimentos	Procesamiento de alimentos
Fábrica de conservas	Jugos frescos/congelados	Hongos	procesamiento de alimentos para mascotas
gallinero	Pesquería	Plantar, recoger o empacar frutas, vegetales, semillas o nueces	Limpiar, desyerbar o preparar la tierra para plantando

Agregue cualquier otro trabajo/actividad agrícola o de pesca que usted o su esposo/esposa o alguien en su hogar haya realizado:

Enumere todos los niños de 3 a 21 años de edad en el hogar, incluidos los que no están inscritos en la escuela:

Primer apellido	Fecha de nacimiento	Edad	Grado	Escuela

Tutor: _____

DIRECCIÓN: _____ Apto. No. _____ Ciudad: _____

Teléfono: _____ Mejor momento para ser alcanzado _____ AM/PM Número de teléfono alternativo o celular: _____

DISTRITOS: Todas las copias ORIGINALES de la encuesta con **"YES"** las respuestas para AMBAS preguntas 1 y 2 DEBEN enviarse al Delaware la Oficina del Programa de Educación para Migrantes del Departamento de Educación del Servicio Postal de los EE . **within 10 days of the student's enrollment by** Código postal estatal N510 o por **tudent's file to** documentar el cumplimiento de los requisitos del programa federal Título I, Parte C.



SCJ IOOL DISTTTK

198 Comercio Camino
Dover, DE 19904

Permiso para el uso de medicamentos de venta libre durante el año escolar 2023-2024 Year

Nombre de estudiante: _____

Calificación: _____

Nombre del profesor: _____

¿Su hijo tiene alergias a algún medicamento? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿a qué medicamento? _____

Como padre/tutor, doy mi permiso para que la enfermera de la escuela administre los siguientes medicamentos al estudiante mencionado anteriormente durante el año escolar actual. Entiendo que él / ella será revisado por la enfermera de la escuela y los medicamentos se administrarán si se indica después de la evaluación de la enfermera. Marque solo los medicamentos que desea que se le administren a su hijo cuando los necesite.

Advil / Ibuprofeno / Motrin

Solución de lavado de ojos/enjuague salino

Anbesol/Orajel

Suministros de higiene

Crema antimicótica

Ungüento para labios (Blistex/Chapstick)

Benadryl Líquido

Ungüento para la piel (Bacitracina/ Hidrocortisona/ neosporina)

Loción Benadryl (Antipicazón)

Sting Kill (Alivio de picaduras de insectos)

Ungüento/spray para quemaduras

Spray para la garganta (spray cloroxéptico)

Loción Caladryl/Calamine

Tumos

Pastillas para la tos

Tylenol/ Acetaminofén

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____

Fecha: _____

Número de teléfono: _____

El Distrito Escolar de la Capital es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades y no discrimina por motivos de raza, color, credo, religión, sexo (incluidos embarazo, parto y condiciones médicas relacionadas), origen nacional, ciudadanía o ascendencia, edad, discapacidad, estado civil, estado de veterano, información genética, orientación sexual o identidad de género, contra víctimas de violencia doméstica, delitos sexuales o acoso, o sobre cualquier otra categoría protegida por la ley federal, estatal o local. Las consultas relacionadas con las políticas de no discriminación deben dirigirse a los Coordinadores del Título IX, Distrito 504 y ADA: Capital School District, 198 Commerce Way, Dover DE 19904. Teléfono (302) 672-1500.