



# SOUTHBRIDGE PUBLIC SCHOOLS

25 Cole Avenue

Southbridge, MA 01550

Tel: 508-764-5414 Fax: 508-764-5479

Horario: lunes, miércoles y viernes 8:00am - 4:00pm, martes y jueves 10:00am - 6:00pm

## Matriculación Estudiantil

¡Bienvenidos a las escuelas públicas de Southbridge! La siguiente información se usa para matricular a su hijo/a en la escuela. Por favor déjenos saber si no tiene uno de los documentos requeridos o si tiene alguna pregunta sobre lo que se pide, puede contactar a Ana Aponte-Ortiz en el Centro de Bienvenida Familiar al (508) 764-5414 ext. 405 o por correo electrónico: [aaaponteortiz@southbridgepublic.org](mailto:aaaponteortiz@southbridgepublic.org)

### Identificación de Estudiante/Padre-Tutor (todo lo siguiente)

- Identificación con foto (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal, pasaporte, identificación militar, etc.)
- Certificado de nacimiento del niño
- Examen físico del niño, firmado por un médico en los últimos 12 meses
- Informe de vacunas del niño & tarjeta de seguro de salud
- Todos los records escolares previos [calificaciones, Plan de Educación Individual (PEI) / Plan de 504 si aplica, etc.]

### Prueba de Residencia (uno de lo siguiente)

- Registro de pago o contrato de arriendo
- Cobros de cable, electricidad, gas, o agua

*Si su vivienda no es permanente, por favor visítenos con cualquier documentación de vivienda que tenga.*

### Solo para uso de la oficina

F Name:	Student Identification	C	I	504 Plan	Y	N
M Name:	Parent / Guardian	C	I	Court Documents	Y	N
L Name:	Address Verification	C	I	English Learner / SLIFE Screening	Y	N
Registration Date:	Home Language Survey	C	I	Foster Care	Y	N
Entry Date:	Health History	C	I	McKinney-Vento Services	Y	N
Grade:	School Health History / Immunization	C	I	Does student take medication at school?	Y	N
School:	Records Release	C	I	Military Family Status	Y	N
LASID:	Health Insurance Card	C	I	School Records (including discipline)	Y	N
SASID:	Technology/Media Acceptable Use	C	I	Special Education Services	Y	N
Report to DOE: Yes [ ]	Handbook Acknowledgement	C	I	Daycare Provider	Y	N
PUNTES: Yes [ ] No [ ]	School emergency cards	C	I	Transportation *Bus Number / letter:	Y	N

It is the policy of the Southbridge Public Schools pursuant to Federal and Massachusetts laws not to discriminate against individuals on the basis of race, color, sex, gender identity, religion, national origin, sexual orientation or disability, the administration of its educational programs, activities, or employment policies.

Es la política de las Escuelas Públicas de Southbridge, de conformidad con las leyes Federales y de Massachusetts, no discriminar a los individuos por raza, color, sexo, identidad de género, religión, origen nacional, orientación sexual o discapacidad, la administración de sus programas educativos, actividades, o políticas de empleo.

# Identificación de Estudiante

Nombre Legal Completo del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Copia de Acta de Nacimiento

Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año) (Ciudad) (Estado) (País)

¿Cuánto tiempo tiene el estudiante viviendo en los Estados Unidos?  Menos de 1 año  2 años  3 años  4 años  5 años  6 + años

Genero del estudiante:  Masculino  Femenina  No Definido (non-binary)

Idioma Primario del Estudiante: \_\_\_\_\_

Idioma que se habla en casa: \_\_\_\_\_

Dirección del Estudiante: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Solicitando Transportación?  Si  No \*Por favor note que, para las escuelas primarias, se provee transporte a los estudiantes que viven más de 1 milla de la escuela. Por favor hablar con nosotros si usted tiene alguna dificultad que requiera transporte para el estudiante viviendo menos de 1 milla de la escuela. Todos los estudiantes en SMS y SHS se les asignara un autobús.

¿Registro de estudiantes para el grado?

- Pre-Kínder  Kínder  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12
- PUENTES Programa de doble inmersión en español e inglés (grados K a 2)

¿Alguna vez estudiante asistió a escuela?  Si  No En Southbridge?  Si  No En Massachusetts?  Si  No

Nombre de las ultima escuela asistida y fechas de inscripción \_\_\_\_\_ Fechas de Matricula: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Proveedor de plan de salud: \_\_\_\_\_

Estudiante tiene un Plan Individualizado de Educación (IEP) o recibe servicios de educación especial (es decir, terapia ocupacional, habla, etc.)  Si  No

¿Alumno tiene un plan 504?  Si  No

¿Es estudiante de Orfanato (Foster care)?  Si  No Si es si, Nombre del asistente social de DCF: \_\_\_\_\_

## Hermanos

Otros niños en la familia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

# Verificación de Dirección

Nombre Legal Completo del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Nombre Legal Completo del Padre / Custodio Legal: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Marque para confirmar que ha presentado copia de un documento confirmando su residencia

*Las Escuelas Públicas de Southbridge se reserva el derecho de verificar la dirección a través de visitas domiciliarias. Los estudiantes que se matriculan con datos falsos sujeta a la persona a tomar responsabilidad por matrícula, otros costos, o volver al sitio apropiado de la escuela.*

Firma: \_\_\_\_\_ Imprima Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Las siguientes preguntas se utilizan para recolectar información sobre el estado de la vivienda de los estudiantes como lo exige la Ley McKinney-Vento, 42 U.S.C. 111435. Sus respuestas ayudan a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir.*

¿Es su dirección actual una vivienda temporal?  Sí  No

¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de penuria económica o vivienda o motivo similar?  Sí  No

¿Está el estudiante viviendo aparte de los padres?  Sí  No

*Si respondiste NO a todos, por favor continúe a la página siguiente.*

*Si respondiste sí a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor, conteste lo siguiente:*

¿Dónde el estudiante vive actualmente? (Favor marque uno)

- Compartiendo vivienda con otras personas (amigos o familiar) en una casa o apartamento.
- Moviéndose de un lugar a otro.
- En un lugar no generalmente para dormir como un coche, parque o camping.
- En un motel / hotel
- En un refugio

Familia con quien estudiante / familiares del estudiante viven actualmente:

\_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido) Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

# Padre / Tutor

Nombre Legal Completo del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Marque para confirmar copia de Identificación del padre / tutor ha sido presentada con estas inscripciones.

Idioma Primario de los Padres / Tutor: \_\_\_\_\_

¿En qué idioma desea que las escuelas públicas de Southbridge se comuniquen con usted?

Inglés  español  Otro: \_\_\_\_\_

## Padres / Guardián Viviendo en el mismo hogar que el estudiante

Nombre Legal:	Nombre Legal:
Relación con el Estudiante:	Relación con el Estudiante:
Numero de Celular:	Numero de Celular:
Número del Hogar:	Número del Hogar:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Número del Trabajo:	Número del Trabajo:
Nombre del Empleador:	Nombre del Empleador:
Dirección del Empleador:	Dirección del Empleador:

## Padres / Guardián viviendo en otra dirección DIFERENTE al estudiante

Nombre Legal:	Nombre Legal:
Relación con el Estudiante	Relación con el Estudiante
Numero de Celular:	Numero de Celular:
Número del Hogar:	Número del Hogar:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Dirección Residencial:	Dirección Residencial:
Ciudad: Estado: Código Postal:	Ciudad: Estado: Código Postal:
Dirección Postal (sí es diferente):	Dirección Postal (sí es diferente):
Ciudad: Estado: Código Postal:	Ciudad: Estado: Código Postal:
Número del Trabajo:	Número del Trabajo:
Nombre del Empleador:	Nombre del Empleador:
Direcciones del Empleador:	Dirección del Empleador:

¿El estudiante está bajo custodia legal de? Indique el nombre legal de la(s) persona(s) con custodia legal y relación con el estudiante o tipo de tutela:

Nombre Legal Completo: \_\_\_\_\_ Relación con el Estudiante / Tipo de Tutela: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Nombre Legal Completo: \_\_\_\_\_ Relación con el Estudiante / Tipo de Tutela: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Si ambos padres NO tienen la custodia y derechos de padres a el estudiante. El acceso a los estudiantes y los registros se otorgarán a ambos padres, a menos que se proporcionen documentos judiciales que limiten el acceso a las Escuelas Públicas de Southbridge.

Si No, cuál de los siguiente aplica:

Madre custodia-compartida  Madre custodia-custodia exclusiva  Padre custodia-compartida  Padre custodia-custodia exclusiva  
 Otro (explique): \_\_\_\_\_

¿Algunos de los padres (u otra persona) está restringido por una orden judicial de contacto con este estudiante o de recibir información?  Sí  No  
 En caso afirmativo, explique el motivo y proporcione copias de los documentos judiciales: \_\_\_\_\_

# Información de contacto de emergencia

Nombre Legal Completo del estudiante: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Nombre del proveedor de guardería:	Dirección del proveedor:
Número de teléfono del proveedor:	Autobús: AM: _____ PM: _____

Contacto de Emergencia #1	Contacto de Emergencia #2
Nombre Legal:	Nombre Legal:
Relación del Estudiante:	Relación del Estudiante:
Numero de Celular:	Numero de Celular:
Número del Hogar:	Número del Hogar:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Número del Trabajo:	Número del Trabajo:
Nombre del Empleador:	Nombre del Empleador:
Dirección del Empleador:	Dirección del Empleador:
Descartar al Estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Descartar al Estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Permiso para recibir registros/correo del Estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Permiso para recibir registros/correo del Estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Contacto de Emergencia #3	Contacto de Emergencia #4
Nombre Legal:	Nombre Legal:
Relación del Estudiante:	Relación del Estudiante:
Numero de Celular:	Numero de Celular:
Número del Hogar:	Número del Hogar:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Número del Trabajo:	Número del Trabajo:
Nombre del Empleador:	Nombre del Empleador:
Dirección del Empleador:	Dirección del Empleador:
Descartar Estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Descartar Estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Permiso para recibir registros/correo del estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Permiso para recibir registros/correo del estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Certifico que todo lo indicado en estos formularios es correcto y verdadero.

Firma: \_\_\_\_\_  
 Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

Este formulario está siendo utilizado por las Escuelas Públicas de Southbridge para cumplir con la oficina federal de administración y presupuesto (OMB) revisión de las normas para la clasificación de datos federales sobre raza y etnicidad en el aviso de Registro Federal del 30 de octubre de 1997. La normativa revisada requiere que agencias ofrezcan a los individuos la oportunidad de seleccionar una o más razas cuando información sobre raza en colecciones de datos federales. Además, raza y origen hispano son consideradas como dos conceptos separados y distintos. Por lo tanto, datos de origen hispano son recogidos separado de la raza.

## POR FAVOR USE LA SIGUIENTE GUIA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

### Origen étnico – Marque uno (1) sola casilla

- Hispano o Latino:** Una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, Sur o Centro Americano, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza. Además, el termino, "Origen Español" puede utilizarse como "Hispano o Latino".
- No Hispano o Latino**

### Raza – Marque todas las Casillas que se aplican

- Indio Americano o Nativo de Alaska:** Una persona con orígenes en cualquier de los pueblos originarios del norte de Sudamérica (incluyendo América Central) y que mantiene tribal accesorio de afiliación o de la comunidad.
- Asia:** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del lejano Oriente, Asia Sur-Oriental, o el subcontinente indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o Americano Africano:** Una persona con orígenes en cualquier grupo racial negro de África.
- Nativo Hawaiano u otras Islas del Pacifico:** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa, y otras islas del Pacifico.
- Blanco:** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o África del Norte.

### Primer Idioma hablado en el hogar – Marque una (1) casilla

- Inglés (267)
- Español (007)
- Otro: \_\_\_\_\_

Las Escuelas Públicas de Southbridge no discriminan, y ninguna persona será excluida o discriminada en la admisión a las Escuelas Públicas de Southbridge o en la obtención de ventajas, privilegios y cursos de estudio de la Escuela Pública de Southbridge por motivos de raza, color, sexo, religión, origen nacional, orientación sexual, identidad de género o discapacidad, en la operación de los programas educativos, actividades o políticas de empleo según lo exige el Título VI, Título IX de las Leyes de los Estados Unidos de 1972, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de los EE. UU. de 1973, y MGL capítulo 76 sección S.

## Encuesta del idioma hablado en el hogar

Los reglamentos del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts exigen que *todas* las escuelas determinen los idiomas que se hablan en los hogares de los estudiantes para así identificar sus necesidades específicas relacionadas con el idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción que todos los estudiantes puedan aprovechar. Si en su hogar se habla otro idioma que no sea inglés, se requiere que el Distrito evalúe a su hijo más a fondo. Ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su ayuda.

Información del estudiante		
Nombre _____	Segundo nombre _____	Apellido _____
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Sexo
País de nacimiento _____	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____	Fecha de matriculación inicial en CUALQUIER escuela de EE.UU. (mm/dd/aaaa) _____
Información de la escuela		
_____ / _____ /20	_____	_____
Fecha de comienzo en la escuela nueva (mm/dd/aaaa)	Nombre de la escuela y ciudad anterior	Grado actual
Preguntas para los padres/encargados		
¿Cuál es el idioma natal del padre/la madre/los encargados? (encierre en un círculo)  _____ (madre / padre / encargado)  _____ (madre / padre / encargado)	¿Qué idioma(s) se habla(n) con su hijo? (incluya parientes -abuelos, tíos, tías, etc. - y encargados del cuidado)  _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre  _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre	
¿Cuál fue el primer idioma que entendió y habló su hijo?	¿Qué idioma usa usted principalmente con su hijo?	
¿Qué otros idiomas sabe su hijo? (encierre en un círculo todo lo que corresponda)  _____ habla / lee / escribe  _____ habla / lee / escribe	¿Qué idiomas usa su hijo? (encierre uno en un círculo)  _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre  _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre	
¿Requerirá usted la información impresa de la escuela en su idioma natal?  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Requerirá usted un intérprete/traductor en reuniones de padres y maestros?  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Firma del padre/la madre/encargado:  X	_____ / _____ /20 Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)	

Spanish



# SOUTHBRIDGE PUBLIC SCHOOLS

## Hoja del Manual Recibido

2018-2019

El manual de los padres y estudiantes del Distrito Escolar de Southbridge están disponibles en nuestra página web [www.southbridgepublic.org](http://www.southbridgepublic.org). Una copia impresa será proporcionada al estudiante el primer día de escuela. Los manuales son diseñados y publicados para proporcionar la más información posible a nuestras familias. Por favor tome tiempo para leer la información, los procedimientos y las políticas incluidas en el manual con su hijo. Le pedimos que firme y devuelva esta hoja aceptando que reviso el manual de los padres y estudiantes del Distrito.

1. **MANUAL DEL ESTUDIANTE** [disponible en la página web [www.southbridgepublic.org](http://www.southbridgepublic.org)] Después de leer el manual de los padres y estudiantes del Distrito, firme abajo. Su firma confirmará que usted y su hijo han leído y comprendido el contenido del manual.

Nombre del estudiante

Firma del padre / tutor

Fecha

2. **POLITICAS DE USO ACEPTABLE DE LA TECNOLOGIA** [disponible en la página web [www.southbridgepublic.org](http://www.southbridgepublic.org)] Acepto que he recibido, leído y entiendo completamente las políticas del uso aceptable de la tecnología del Distrito Escolar de Southbridge y acepto cumplir con las políticas mencionadas. Comprendo perfectamente que el uso de los "recursos tecnológicos" del Distrito Escolar, incluyendo, pero no limitado a, propiedad del distrito, tabletas, impresoras, redes, los sitios web proporcionados por el distrito, las tecnologías de computación en nube y el acceso a internet se proporcionan con fines educativos solamente. Entiendo que cualquier violación a la política de uso aceptable de la tecnología del Distrito Escolar Southbridge puede resultar en la restricción, suspensión o cancelación de privilegios de acceso y puede resultar en otra acción disciplinaria responsabilidad civil o persecución penal por parte de las autoridades competentes. Entiendo que, si elijo traer dispositivos, lo hago a mi propio riesgo. Entiendo que el Distrito Escolar de Southbridge no es responsable por pérdida, robo o daño a aparatos personales. También entiendo que el Departamento de IT del distrito no proporcionará apoyo técnico o asistencia para mis aparatos. Las enmiendas y modificaciones a la política pueden ser aprobadas por el Comité Escolar de vez en cuando y serán publicadas para su revisión.

Nombre del estudiante [por favor imprimir]

Firma del estudiante

Fecha

Nombre del padre / tutor [por favor imprimir]

Firma del padre / tutor

Fecha

3. **USO DE FOTOGRAFIAS DE ESTUDIANTES.** Muchas veces durante el año escolar se toman fotografías de los estudiantes, durante el día escolar y en eventos especiales, para compartir el buen trabajo que hacemos en nuestras escuelas con la comunidad. Estas fotografías pueden ser publicadas en la página web del distrito, exhibidas en los pizarrones de anuncios, puestas en el boletín de la escuela o publicadas en los periódicos locales. Le pedimos que indique a continuación si la escuela tiene o no permiso para publicar las fotografías de su hijo. Si la notificación no es recibida por un padre / tutor, se entiende que las escuelas tienen permiso para publicar fotografías de los estudiantes con el propósito de comunicar solo prácticas educativas. Usted puede cambiar este acuerdo en cualquier momento enviando una carta al director de su hijo y dichos cambios serán hecho efecto cuando sea recibido por la escuela. Marque una de las siguientes opciones y firme a continuación.

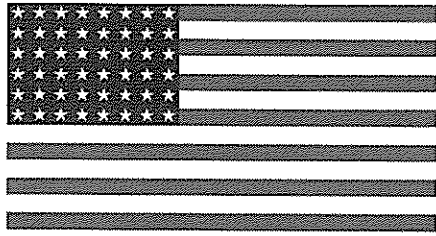
- Yo / Nosotros DAMOS permiso para fotos/imágenes ser publicada en la página web del distrito. También damos permiso para que una foto/imagen y el nombre se utilicen para B TV Y publicaciones escolares, así como periódicos locales.
- Yo / Nosotros NO DAMOS permiso para que fotos / imágenes o el nombre de nuestro hijo sea publicada en publicaciones o en la página web del distrito.

Nombre del padre / tutor [por favor imprimir]

Firma del padre / tutor

Fecha





## **Formulario de Estado de Familia Militar**

El Departamento de Educación recopila información sobre el estado de familia militar de los estudiantes. Esta información es utilizada por el Departamento de Educación para determinar si los estudiantes están cubiertos por el Pacto Interestatal sobre Oportunidades Educativas para Niños Militares (<http://mic3.net>). El Pacto, al que Massachusetts se unió en mayo de 2013 como parte de la Ley VALOR, tiene como objetivo facilitar la transición para los niños móviles en familias militares en áreas tales como inscripción, evaluación, graduación, etc.

### **Devuelva este formulario SÓLO si cumple con alguno de los criterios a continuación:**

- Miembros en servicio activo de tiempo completo en el servicio uniformado de los Estados Unidos, incluidos los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva con órdenes de servicio activo de conformidad con 10 U.S.C. Sección 1209 y 1211.
  
- Miembros o veteranos de los servicios uniformados que resulten gravemente heridos y sean dados de alta o jubilados por un período de un año después del alta médica o jubilación.
  
- Miembros de los servicios uniformados que fallecen en servicio activo o como resultado de lesiones sufridas en servicio activo durante un período de un año después de la muerte.

\_\_\_\_\_  
Nombre Estudiante

\_\_\_\_\_  
Grado

\_\_\_\_\_  
Firma Padres/Tutores

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ESCUELA PÚBLICAS DE SOUTHBRIDGE  
HISTORIAL DE SALUD**

Apreciados Padres/Encargados:

Para poder proveerle mejores cuidados de su hijo/a en la escuela y mantener los registros médicos al día, le pedimos que complete esta forma del historial medico e incluya toda la información que sea necesaria. Por favor escriba la fecha en cada que haga.

Fecha \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_

Nombre of Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

¿Usa espejuelos su hijo/a? Si \_\_\_ No \_\_\_ Lentes de Contacto \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

¿Problemas de audición? Si \_\_\_ No \_\_\_ Tubos \_\_\_\_\_ Aparato auditivo \_\_\_\_\_

¿Esta tomando su hijo/a algún medicamento regular o parcialmente? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si es SI Por favor nombre las medicinas: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

<b>HISTORIA DE:</b>	<b>SI / NO</b>	<b>FECHA</b>	<b>EXPLIQUE/MEDICAMENTO/TRATAMIENTO</b>
Accidente (serios)	___ / ___	_____	_____
Alergias	___ / ___	_____	_____
EPIPEN	___ / ___	_____	_____
Asma	___ / ___	_____	_____
Uso de Inhalador	___ / ___	_____	_____
Problemas dentales	___ / ___	_____	_____
Diabetes	___ / ___	_____	_____
Dolores de Cabeza	___ / ___	_____	_____
(Especifique)	___ / ___	_____	_____
Condición del Corazo	___ / ___	_____	_____
(Especifique)	___ / ___	_____	_____
Menstruación	___ / ___	_____	_____
Tratamiento Ortopédico	___ / ___	_____	_____
Fracturas	___ / ___	_____	_____
Escoliosis	___ / ___	_____	_____
Actividades Limitadas	___ / ___	_____	_____
Convulsiones	___ / ___	_____	_____
(Especifique)	___ / ___	_____	_____
Cirugías (Especifique)	___ / ___	_____	_____
Problemas de la Piel	___ / ___	_____	_____
(Salpullido)	___ / ___	_____	_____
Problemas Urinarios	___ / ___	_____	_____
Problemas de Peso	___ / ___	_____	_____
Sobrepeso	___ / ___	_____	_____
Bajo Peso	___ / ___	_____	_____
Desorden Alimenticio	___ / ___	_____	_____

¿Tiene su hijo/a alguna otra condición de salud no enlistada que sea de su preocupación?

Si \_\_\_ No \_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

Entiendo que cuando sea apropiado y para asegurar el cuidado y seguridad de mi hijo/a, la siguiente información sera compartida entre y el personal que sea necesario en la escuela que asista su hijo/a.

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# MASSACHUSETTS SCHOOL HEALTH RECORD

## Health Care Provider's Examination

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

Medical History \_\_\_\_\_

### Pertinent Family History

### Current Health Issues

Y  N   
 Allergies: Please list: Medications \_\_\_\_\_ Food \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_  
History of Anaphylaxis to \_\_\_\_\_ Epi -Pen®:  Yes  No  
 Asthma: Asthma Action Plan  Yes  No (Please attach)  
 Diabetes:  Type I  Type II  
 Seizure disorder: \_\_\_\_\_  
 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)  
Vision: Right Eye    
Left Eye    
Stereopsis

(Pass) (Fail)  
Hearing: Right Ear    
Left Ear

(Pass) (Fail)  
Postural Screening:    
(Scoliosis/Kyphosis/Lordosis)

Laboratory Results:  Lead \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  Other \_\_\_\_\_

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):

TB Test Type:  TST  IGRA Date: \_\_\_\_\_ Result:  Positive  Negative  Indeterminate/Borderline

Referred for evaluation to: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  Low risk (no TB test 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 08/15/13



# SOUTHBRIDGE PUBLIC SCHOOLS

25 Cole Avenue  
 Southbridge, MA 01550  
 Tel: 508-764-5414 Fax: 508-764-5479

## Authorization to Release Student Records / Autorización para Compartir Records Estudiantiles

Student's Full Legal Name: \_\_\_\_\_  
 Nombre Legal de Estudiante: (First Name / Primer Nombre) (Middle Name / Segundo Nombre) (Last Name / Apellido)

Student's Date of Birth / Fecha de Nacimiento de Estudiante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grade / Grado: \_\_\_\_  
 (Month / Mes) (Day / Día) (Year / Año)

I / yo \_\_\_\_\_  
 (Name of Parent or Guardian / Nombre de Padre o Tutor)

hereby authorize / por este medio autorizo a \_\_\_\_\_  
 Name of the previous school / Nombre de la escuela anterior

located at / encontrado en \_\_\_\_\_  
 Address / Dirección

\_\_\_\_\_  
 City / Ciudad State / Estado Country / País Zip Code / Código Postal

to release student records to / a compartir records estudiantiles a Southbridge Public Schools:

Please fax information to (508) 764-5479 and / or mail to the following address:  
 Southbridge Public Schools  
 25 Cole Avenue  
 Southbridge, MA 01550  
 or e-mail at [aaponteortiz@southbridgepublic.org](mailto:aaponteortiz@southbridgepublic.org)

<b>Southbridge Public Schools requests all student records including but not limited to:</b>	<b>Las escuelas públicas de Southbridge solicitan todos los registros de los estudiantes que incluyen pero no se limitan a:</b>
All Academic Records (e.g. report cards, MCAS/PARCC, etc.)	Todos los registros académicos (ej. calificaciones, MCAS/PARCC, etc.)
Medical & School Health Records	Registros médicos y de salud escolar
Attendance and Full Disciplinary Records (to include suspensions, expulsions, criminal record, etc.)	Registros de asistencia y disciplina (incluyendo suspensiones, expulsiones, antecedentes penales, etc.)
All Special Education Records / 504 Accommodations	Todos los registros de educación especial / Plan de 504
All Former and Present English Language Learners Records (WAPT/ Screener, Home Language Survey, ACCESS score report (or MEPA), Reclassification forms, FEL monitoring forms, Opt-out monitoring forms, etc.)	Todos los registros actuales y anteriores de aprendices del idioma Ingles (WAPT / Screener, encuestas del idioma del hogar, informe de puntaje ACCESS (o MEPA), formularios de reclasificación, formularios de monitoreo FEL, formulario de monitoreo de exclusión voluntaria, etc.)
Psychological or Neurological Evaluations / Reports	Evaluaciones / informes psicólogos y neurológicos
Any pertinent information concerning the academic or socio-emotional performance of student	Cualquier información pertinente sobre el rendimiento académico o socioemocional del estudiante

Parent or Guardian Name / Nombre de Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Parent or Guardian Signature / Firma de Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_