

**ACTUALMENTE, LAS INSCRIPCIONES SE REALIZAN ÚNICAMENTE CON CITA PREVIA LLAMANDO AL NÚMERO 732-505-2600.** Una vez que haya programado una cita, presente este paquete completado junto con una identificación con fotografía del padre o de la madre que realizará la inscripción, el CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL, pruebas de residencia, vacunaciones y examen físico. Se debe obtener la documentación de transferencia de la escuela anterior, incluidos Individualized Education Program (IEP, Programa de Educación Individualizado), planes 504, registros de salud y otra información pertinente relacionada con los expedientes académicos de su hijo.

1. RESIDENCIA: **si es propietario o alquila** una casa en el municipio de Toms River, el municipio de Beachwood, el municipio de South Toms River o el municipio de Pine Beach, deberá completar únicamente la LISTA DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA y presentar las pruebas que se detallan en ese formulario. Los estudiantes que paguen impuestos en el municipio de Seaside Park se inscriben en Toms River Schools (Escuelas de Toms River) únicamente desde jardín de infantes a sexto grado.

**Si vive con alguien que es propietario o alquila** una casa en estas áreas, la persona que es propietaria o alquila la casa debe completar la Lista de verificación de residencia y presentar sus pruebas según se indica en el formulario. Asimismo, esa persona también debe completar el formulario de Declaración jurada para el ingreso de un estudiante domiciliado. El padre, la madre o el tutor legal deben presentar dos pruebas de residencia según se indican en el formulario de Declaración jurada. Ambas partes (el residente y el padre/la madre/el tutor) deben firmar el formulario ante un notario.

2. FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: incluya únicamente uno de los padres naturales (o un tutor **legal**) con el que viva el estudiante para que sea el contacto ante cualquier problema, y todos los números de teléfono que correspondan para el padre o la madre únicamente. El otro padre (madre)/padraastro o madrastra **legal**/tutor *que viva en la misma dirección que el estudiante* deberá indicarse en la sección de Contactos adicionales debajo de la información de uno de los padres. Si los padres están separados o divorciados, el padre o la madre que viva en otra dirección deberá figurar en la sección sobre información de custodia.

3. CUESTIONARIO SOBRE SALUD: debe completarlo el padre o la madre con la información de salud general del estudiante.

4. FORMULARIO DEL PORTAL PARA PADRES: permite acceso en línea a los registros de su hijo (asistencia, informe de progreso, boletín de calificaciones, etc.). Si ya tiene estudiantes en el distrito, marque la casilla en la parte superior del formulario y enumere todos los estudiantes inscritos en el distrito, incluido el estudiante nuevo.

5. AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: nos permite hacer una solicitud formal de los registros de la escuela anterior de su hijo. Indique la última escuela a la que asistió su hijo antes de transferirse a nuestro distrito; incluya los números de teléfono y de fax.

6. **ENCUESTA SOBRE IDIOMA: SE DEBE COMPLETAR PARA TODOS LOS ESTUDIANTES.** (Incluso si el idioma principal es el inglés).

Visite el siguiente sitio web para ver la encuesta traducida en 20 idiomas:

<https://www.trschools.com/registration/home-language-surveys>

7. FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO Y VACUNACIONES: lo debe completar el médico de su hijo y el examen físico debe tener fecha de no más de un año del primer día de cada año académico. **TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** todos los registros de salud están sujetos a la revisión de la enfermera escolar. Si la enfermera establece que los registros médicos están incompletos o no son correctos o que existe un problema de salud que impide el ingreso seguro del estudiante, es posible que no permita que el estudiante comience hasta que se cumplan los requisitos de salud.



**Escuelas Regionales de Toms River**  
**INSCRIPCIÓN CENTRAL en el campus de High School North**  
**1245 Old Freehold Road, Toms River NJ 08753**  
**Teléfono: 732-505-2600**

**Thomas Gialanella**  
**Superintendente de escuelas interino**

**John H. Green**  
**Supervisor de servicios para estudiantes del distrito**

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA PARA EL ESTUDIANTE DOMICILIADO**

**Este documento es obligatorio para todas las inscripciones de estudiantes. La lista de verificación incluye un listado de los documentos requeridos aceptados por el Distrito Escolar como prueba de residencia.**

Yo, \_\_\_\_\_, presento los **cuatro (4) documentos** adjuntos según se detalla a continuación  
 (Nombre del residente, en letra de imprenta)

para la verificación de mi residencia en las comunidades de Beachwood, Pine Beach, South Toms River o Toms River, New Jersey.

**UN (1) documento de los siguientes:**

- Factura de impuesto a la propiedad
- Contrato de venta o declaración de cierre
- Escritura
- Alquiler firmado por el propietario
- Hipoteca
- Otra prueba de propiedad, alquiler o residencia (sujeto a aprobación\*)

**Y TRES (3) de los siguientes documentos, de los cuales dos (2) deben haber sido emitidos en los últimos 45 días:**

- Facturas de servicios públicos con dirección de servicio
- Documentación de empleo
- Permisos
- Información de cuentas contables
- Documentación de desempleo
- Facturas médicas
- Licencias
- Factura de seguro de automóvil
- Registro de vehículo
- Declaración de beneficios
- Recibos de entrega
- Registro electoral
- Órdenes judiciales/de agencias estatales
- Documentos relacionados con estado/asignación de servicio militar
- Otras facturas mensuales
- Otras pruebas de residencia establecida \_\_\_\_\_

(\* Sujeto a aprobación)

Es posible que la documentación de residencia dudosa requiera una investigación de residencia o determinación de si se cumplen los requisitos para asistir a la escuela.

Es necesaria la **documentación de transferencia** del distrito anterior para asignar clases a los estudiantes. Asimismo, todos los estudiantes deben presentar prueba de edad (**certificado de nacimiento, original, con sello en relieve**), **registros médicos** actualizados e **identificación con fotografía** del padre, la madre o el tutor que realice la inscripción.

Es responsabilidad de los padres presentar los acuerdos de conciliación u órdenes judiciales relacionados con los derechos y limitaciones de los padres en caso de divorcio o separación. Adjunté a este formulario documentación firmada por un juez con respecto a las circunstancias únicas de la tutela/custodia legal de mi hijo. Marque la casilla adecuada:    Sí     No

**Soy consciente de que, si permito que se inscriba a mi hijo con esta dirección para que ingrese en una escuela de manera fraudulenta, estaré cometiendo un delito de alteración del orden público de conformidad con el New Jersey Administrative Code (N.J.A.C., Código Administrativo de New Jersey) 6A:22, específicamente New Jersey Statutes Annotated (N.J.S.A., Estatutos Anotados de New Jersey) 18A:38-1(c). Este delito es punible de conformidad con el New Jersey Criminal Code (Código Penal de New Jersey).**

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/la madre/el tutor

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

**Escuelas Regionales de Toms River**  
**INSCRIPCIÓN CENTRAL en el campus de High School North**  
**1245 Old Freehold Road, Toms River NJ 08753**  
**Teléfono: 732-505-2600**

**Thomas Gialanella**  
**Superintendente de escuelas interino**

**John H. Green**  
**Supervisor de servicios para estudiantes del distrito**  
**nivel secundario**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN: INGRESO DE UN ESTUDIANTE DOMICILIADO**

Este documento **adicional** debe presentarse **junto con la Lista de verificación de prueba de residencia** para todas las inscripciones de estudiantes y cambios de dirección **únicamente cuando una familia entera residirá con un residente de la ciudad**. Esta lista de verificación adicional incluye una lista de los documentos requeridos aceptados por el Distrito Escolar como prueba de residencia.

Nombre del residente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Este documento notariado sirve como aviso a la Toms River Regional Board of Education (Junta Regional de Educación de Toms River) de que las siguientes personas:

\_\_\_\_\_ (Enumere todos los familiares domiciliados que viven con el residente, en letra de imprenta)

viven en mi casa, ubicada en \_\_\_\_\_  
(Dirección del residente)

**La familia residente** debe presentar **cuatro (4) pruebas de residencia de conformidad con la Lista de verificación de prueba de residencia**. Se debe presentar la Lista de verificación de prueba de residencia con este formulario y se debe incluir toda la documentación de respaldo.

**La familia domiciliada** debe presentar **un (1) documento del Grupo A y un (1) documento del grupo B a continuación** para verificar el estado de domicilio (prueba de residencia) con la familia residente. Uno de estos documentos debe haber sido emitido dentro de los últimos 45 días.

**Grupo A:**

- Estado de cuenta bancaria
- Cheque de pago
- Declaración de beneficios
- Evaluaciones de consejeros/trabajadores sociales/órdenes judiciales
- Otras pruebas de circunstancias que demuestren, cuando corresponda, problemas familiares o económicos o residencia temporal:

**Grupo B:**

- Licencia de conducir
- Factura médica
- Factura de seguro de automóvil
- Otra factura mensual

El padre/la madre/el tutor legal del estudiante deben dar fe de que la dirección permanente del padre/la madre/el tutor legal del estudiante se encuentra dentro de los límites del Distrito Escolar Regional de Toms River. En caso de que se demuestre que la información brindada es falsa, se evaluará la responsabilidad económica con la Junta de Educación de Toms River por la matrícula a la tarifa actual por todos los días que no se reunieron los requisitos. Se deben esperar investigaciones y visitas aleatorias de los District Attendance Officers (Funcionarios de Asistencia del Distrito). **Tenga en cuenta** que esta conducta no solo está prohibida por el New Jersey Administrative Code (N.J.A.C., Código Administrativo de New Jersey) 6A:22 de los Department of Education Regulations (Reglamentos del Departamento de Educación), sino también por New Jersey State Law (Leyes del Estado de Nueva Jersey), específicamente New Jersey Statutes Annotated (N.J.S.A., Estatutos Anotados de New Jersey) 18A:38-1(c), que establece que toda persona que permita que un estudiante u otra persona utilice su residencia para ingresar en una escuela de manera fraudulenta estará cometiendo un delito de alteración del orden público, punible de conformidad con el New Jersey Criminal Code (Código Penal de New Jersey).

Firma del residente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/la madre/el tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Jurado ante mí el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ (Firma/sello del notario)



# ESCUELAS REGIONALES DE TOMS RIVER

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

Fecha de comienzo prevista para el estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante (como figura en el certificado de nacimiento; nombre, segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_

Género  Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Ciudad, estado y país de nacimiento \_\_\_\_\_

Raza (marcar todas las que correspondan):  Blanco  Negro/afroamericano  Asiático  
 Hawaiano/isleño del Pacífico  Indio americano/nativo de Alaska

Etnia (marcar una)  Hispano o latino  No hispano o latino

¿Qué idioma se habla principalmente en la casa? \_\_\_\_\_

¿Con quién vive actualmente el estudiante? (Marcar una)  Ambos padres  Madre  Padre  Tutor legal

Información de contacto de uno de los padres/tutores con el que vive el estudiante actualmente:

Padre/madre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

Teléfono para el sistema de llamados automatizado \_\_\_\_\_ (este n.º se utilizará para los cierres de escuela, llamados sobre asistencia o problemas escolares inmediatos)

Otros números de contacto para esta persona: Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico para el Parent Portal (Portal para padres): \_\_\_\_\_

N.º de contacto adicionales para esta vivienda (únicamente del padre/la madre/el tutor legal o padrastro o madrastra):

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_

¿Existen problemas de custodia?  No  Sí Si la respuesta es sí, ¿tiene custodia legal con documentos de respaldo?  No  Sí

¿Existe la necesidad de Restricted Release (que no se permita a uno de los padres retirar al estudiante)? (Se deben presentar documentos judiciales)  No  Sí

¿Existe la necesidad de Dual Notification (notificación a ambos padres)?  No  Sí Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

¿Desea que nos comuniquemos con el padre/la madre si no nos podemos comunicar con el padre/la madre que tiene custodia?  No  Sí

¿Necesita que se envíen copias de los informes de progreso y los boletines de calificaciones al padre/la madre?  No  Sí Si la respuesta es sí, complete la siguiente información:

Nombre de contacto \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_  
 Dirección de contacto \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Marque todas las siguientes opciones que correspondan para el estudiante:

Evaluación de Child Study Team (Equipo de Estudio del Niño)/IEP  Habla  Aptitudes y talentos avanzados  
 English as a Second Language (ESL, Inglés como Segundo Idioma)  Habilidades básicas  Plan 504

Almuerzo gratuito/con descuento

Última escuela a la que asistió \_\_\_\_\_ Ciudad, estado \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

¿El estudiante asistió a las Escuelas Regionales de Toms River o estuvo inscrito anteriormente?  No  Sí

Enumere los hermanos de la misma vivienda que asisten a las Escuelas Regionales de Toms River a continuación (utilice el otro lado de la hoja para enumerar hermanos adicionales):

Nombre _____	Escuela a la que asiste _____	Grado _____
Nombre _____	Escuela a la que asiste _____	Grado _____
Nombre _____	Escuela a la que asiste _____	Grado _____
Nombre _____	Escuela a la que asiste _____	Grado _____

Firma del padre/la madre/el tutor: \_\_\_\_\_

**Central Registration Office Use Only! (Solo para uso de Central Registration)**

School to Attend:  BCH  CG  JAC  ED  HAE  ND  Session:  KA  KP  KG  
 PB  SB  STRE  WAL  WAS  WD  
 IE  IN  IS  HSE  HSN  HSS  
**ENROLLMENT UNDER MCKINNEY VENTO**  Yes  No  
**Home School, if different:** \_\_\_\_\_

Babysitter Trans fom Letter Request/Approval Enclosed:  Yes  No Grad Year: \_\_\_\_\_  
 Entry Code: \_\_\_\_\_ Previous District: \_\_\_\_\_ Grade Level: \_\_\_\_\_  
 Student ID# \_\_\_\_\_ SID# \_\_\_\_\_ Family Code: \_\_\_\_\_  
 Registration Date: \_\_\_\_\_ Registrar: \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR REGIONAL DE TOMS RIVER**  
**CUESTIONARIO DE LA OFICINA DE SALUD/PARA EL NUEVO INGRESANTE**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ N.º de id. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Responda las siguientes preguntas y explique las respuestas de "sí" en el espacio que se brinda.**

---

**MEDICAMENTOS:**

¿Su hijo toma algún medicamento diario? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, enumere los medicamentos diarios y las dosis: \_\_\_\_\_

¿Su hijo necesitará que le administren medicamentos en la escuela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

---

**ALERGIAS:** Indique si su hijo es alérgico a alguno de los siguientes:

Medicamentos: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, enumérelas: \_\_\_\_\_

Alergias estacionales: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

Picadura de abejas/insectos: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, indique los medicamentos necesarios para la reacción alérgica: \_\_\_\_\_

Alergias alimentarias: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿a qué alimentos? \_\_\_\_\_

¿Tipo de reacción? \_\_\_\_\_

¿Tipo de medicamento que se necesita para la reacción? \_\_\_\_\_

Asma: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿cuál es la frecuencia de los ataques? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los desencadenantes? \_\_\_\_\_

¿Medicamentos diarios actuales para el asma? \_\_\_\_\_

Flujo máximo normal \_\_\_\_\_

---

**ENFERMEDADES CARDÍACAS/MURMULLO CARDÍACO:** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿existen limitaciones en las actividades? \_\_\_\_\_

***TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Para participar en Educación Física, deportes o recreos, es necesaria una nota del médico que indique que no existen limitaciones en las actividades.***

---

**ENFERMEDAD RENAL:** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, enumérelas: \_\_\_\_\_

---

**DIABETES:** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí, lo analizaremos y elaboraremos un plan de atención para el año lectivo.

---

**CONVULSIONES:** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si sufre de convulsiones actualmente, nos reuniremos para elaborar un plan de atención para el año lectivo.

Medicamentos/limitaciones: \_\_\_\_\_

Fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_ Tipo de convulsión: \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD DE LYME: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_ ¿Medicamentos/limitaciones actuales? \_\_\_\_\_

ANTEOJOS: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ LENTES DE CONTACTO: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿cuándo los debe usar? \_\_\_\_\_

DIFICULTADES AUDITIVAS: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

INFECCIONES EN LOS OÍDOS FRECUENTES: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿cuántas infecciones y a qué edades? \_\_\_\_\_

INFECCIONES POR ESTREPTOCOCO FRECUENTES: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de alguno de los siguientes?

LESIONES EN LA CABEZA: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ HOSPITALIZACIONES: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

HUESOS ROTOS: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ CIRUGÍAS: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si respondió que sí a alguna de las preguntas anteriores, indique las fechas y explique: \_\_\_\_\_

Indique otras discapacidades, limitaciones o cuestiones de salud:

Escuela a la que asistió previamente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado \_\_\_\_\_

Firma del padre/de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿El niño tiene seguro médico, incluido NJ FamilyCare/Medicaid, Medicare, privado u otro?

Sí \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí, nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ NJ FamilyCare ofrece seguro médico gratuito o económico para los niños que no tienen seguro y para determinados padres de bajos ingresos.

Para obtener más información, llame al 800-701-0710 o visite el sitio web [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) para presentar una solicitud en línea.

***Doy mi permiso para que se divulgue mi nombre y dirección al NJ FamilyCare Program a fin de que se comuniquen conmigo sobre el seguro médico.***

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Se requiere consentimiento por escrito de conformidad con el título 20, sección 1232g (b)(1) del United States Code (U.S.C., Código de los Estados Unidos) y el título 34, sección 99.30 (b) del Code of Federal Regulations (C.F.R., Código de Reglamentos Federales).*

**Escuelas regionales de Toms River**  
**Formulario de seguridad de acceso a Genesis para padres/tutores y estudiantes**

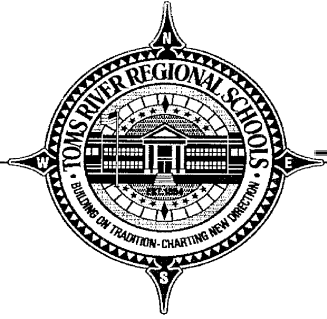
Complete el siguiente formulario a fin de recibir el nombre de usuario y la contraseña para acceder al portal para padres Genesis. **Se requiere una identificación con fotografía.** Tenga en cuenta lo siguiente: las familias ensambladas solo recibirán acceso para los estudiantes de los que sean padres/tutores. Una vez que se le asigne una identificación, recibirá un correo electrónico con la información necesaria para iniciar sesión.

Marque esta casilla si ya tiene acceso al portal para padres para otros estudiantes del distrito.

<b>Información del padre/de la madre/el tutor: (Escriba todo en letra de imprenta)</b>	
Padre/madre/tutor (apellido, nombre):	Teléfono de contacto durante el día:
Dirección de correo electrónico: <b>ESCRIBA DE MANERA LEGIBLE:</b>  @	Firma del padre/de la madre/el tutor: X _____

<b>Información del estudiante: (no incluya sobrenombres)</b>		
Estudiante (apellido, nombre):	Escuela a la que asistirá y nivel de grado:	Fecha de nacimiento:
Estudiante (apellido, nombre):	Escuela a la que asistirá y nivel de grado:	Fecha de nacimiento:
Estudiante (apellido, nombre):	Escuela a la que asistirá y nivel de grado:	Fecha de nacimiento:
Estudiante (apellido, nombre):	Escuela a la que asistirá y nivel de grado:	Fecha de nacimiento:
Estudiante (apellido, nombre):	Escuela a la que asistirá y nivel de grado:	Fecha de nacimiento:
Estudiante (apellido, nombre):	Escuela a la que asistirá y nivel de grado:	Fecha de nacimiento:

<b>District/School Use Only: (Solo para uso del distrito/la escuela)</b>	
Type of Photo ID presented:	Parent/Guardian authorized to access students? _____ Yes _____ No
Principal (or designee) Signature:	Date: _____/_____/_____
Date Account Created: _____/_____/_____	Date Notification Emailed to Parent: _____/_____/_____
Notes:	



## Escuelas regionales de Toms River

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES ACUMULATIVOS

De conformidad con la "Family Educational Rights and Privacy Act" (Ley de derechos educativos y privacidad de las familias) de 1974 (PL 93-380), autorizo la divulgación de los expedientes de mi hijo por parte de la escuela. Esta solicitud de divulgación es para fines de inscripción y debe incluir lo siguiente:

Los expedientes acumulativos incluirán:

- Expedientes académicos
- Resultados de evaluaciones estandarizadas
- Registros de salud y vacunación
- Promedio de calificaciones desde la fecha del último boletín de calificaciones hasta la fecha del cambio de escuela

Los expedientes confidenciales incluirán:

- Todos los componentes de educación especial, entre los que se incluyen evaluaciones psicológicas, sociológicas, educativas y médicas/audiovisuales
- IEP actualizado con la discapacidad especificada.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Grado en el que se inscribirá: \_\_\_\_\_

Escuela anterior: Incluya la información de la **última** escuela a la que asistió:

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N.º de teléfono de la escuela: \_\_\_\_\_

N.º de fax de la escuela: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre/el tutor:

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

For office use only: (Solo para uso de la oficina) **THIS FORM IS NOT VALID IF NOT SENT FROM TRSCHOOLS!**

The above student has been enrolled with the Toms River Regional Schools.

Please forward original school records to:



**For office use only: (solo para uso de la oficina)**

District ID #: \_\_\_\_\_ Home School: \_\_\_\_\_ Former District: \_\_\_\_\_

Grade level: \_\_\_\_\_ emailed/faxed to Sara McNerny \_\_\_\_\_ File copy only

## **Escuelas regionales de Toms River**

### **Departamento de Inglés como Segundo Idioma**

**Proceso de identificación de estudiantes que aprenden inglés para jardín de infantes a duodécimo grado**

### **Formulario de encuesta sobre el idioma que se habla en la casa**

#### **Introducción**

Esta encuesta constituye el primero de tres pasos para identificar si un estudiante cumple con los requisitos para ser considerado un estudiante que aprende inglés (ELL, English Language Learner). Comience con la “Pregunta 1” y continúe hasta completar el formulario. Seleccione la respuesta para cada pregunta y siga las instrucciones.

#### **Información sobre el estudiante**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección (calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

#### **Preguntas de la encuesta (encierre la respuesta en un círculo)**

##### **Pregunta 1**

¿Cuál fue el primer idioma que habló el estudiante?

Un idioma que no es el inglés. Avance a la pregunta 2a.

Inglés. Avance a la pregunta 2b.

##### **Pregunta 2a**

En la casa, ¿el estudiante escucha o habla un idioma que no es el inglés más de la mitad del tiempo?

Sí. Avance a la pregunta 7.

No. Avance a la pregunta 4.

##### **Pregunta 2b**

En la casa, ¿el estudiante escucha o habla un idioma que no es el inglés más de la mitad del tiempo?

Sí. Avance a la pregunta 4.

No. Avance a la pregunta 3.

##### **Pregunta 3**

¿El estudiante comprende un idioma que no sea el inglés?

Sí. Avance a la pregunta 4.

No. Avance a la pregunta 9.

##### **Pregunta 4**

Cuando interactúa con los padres o tutores, ¿el estudiante utiliza un idioma que no es el inglés más de la mitad del tiempo?

Sí. Avance a la pregunta 7.

No. Avance a la pregunta 5.

**Pregunta 5**

Cuando interactúa con otros cuidadores que no sean los padres o los tutores, ¿el estudiante utiliza un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?

Sí

No

**Pregunta 6**

¿El estudiante se acaba de transferir de una escuela/un distrito/una escuela autónoma donde se lo consideraba un estudiante que aprende inglés?

Sí

No

**7. Indique los idiomas que se hablan en la casa y avance a la pregunta 8.**

---

**District USE ONLY: (Solo para uso del distrito) circle either 8 or 9**

**8. Proceed to Step 2: Records Review Process. Home Language Survey is complete.**

**9. Do not proceed to Step 2: Records Review Process. Home Language Survey is complete. Student is not an English Language Learner (ELL)**

Notes:

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

**APPENDIX H (ANEXO H)**

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter  
 New Jersey Academy of Family Physicians  
 New Jersey Department of Health  
 (Aprobado por: Academia Americana de Pediatría, División de New Jersey  
 Academia de Médicos de Familia de New Jersey  
 Departamento de Salud de New Jersey)

**UNIVERSAL  
 CHILD HEALTH RECORD  
 (FORMULARIO UNIVERSAL DE  
 SALUD DE NIÑOS)**

<b>SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)                      (SECCIÓN 1: LA DEBEN COMPLETAR LOS PADRES)</b>		
Child's Name ( <i>Nombre del niño</i> ) (Last) ( <i>Apellido</i> )                      (First) ( <i>Nombre</i> )	Gender ( <i>Género</i> ) <input type="checkbox"/> Male ( <i>Masculino</i> ) <input type="checkbox"/> Female ( <i>Femenino</i> )	Date of Birth ( <i>Fecha de nacimiento</i> ) /   /
Does Child Have Health Insurance? ( <i>¿El niño tiene seguro médico?</i> ) <input type="checkbox"/> Yes ( <i>Sí</i> ) <input type="checkbox"/> No ( <i>No</i> )		If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier ( <i>Si la respuesta es sí, nombre del proveedor de seguro médico</i> )
Parent/Guardian Name ( <i>Nombre del padre/de la madre/del tutor</i> )	Home Telephone Number ( <i>Teléfono de la casa</i> ) (   ) -	Work Telephone/Cell Phone Number ( <i>Teléfono del trabajo/celular</i> ) (   ) -
Parent/Guardian Name ( <i>Nombre del padre/de la madre/del tutor</i> )	Home Telephone Number ( <i>Teléfono de la casa</i> ) (   ) -	Work Telephone/Cell Phone Number ( <i>Teléfono del trabajo/celular</i> ) (   ) -
<b>I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.                      (Doy mi consentimiento para que el proveedor de atención médica de mi hijo y el proveedor de cuidado infantil/enfermero escolar conversen sobre la información de este formulario).</b>		
Signature/Date ( <i>Firma/fecha</i> )	This form may be released to WIC. ( <i>Este formulario puede ser compartido con el WIC</i> ) <input type="checkbox"/> Yes ( <i>Sí</i> ) <input type="checkbox"/> No ( <i>No</i> )	
<b>SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER                      (SECCIÓN 2: LA DEBE COMPLETAR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA)</b>		
Date of Physical Examination: ( <i>Fecha del examen físico</i> )	Results of physical examination normal? ( <i>¿Los resultados del examen físico son normales?</i> ) <input type="checkbox"/> Yes ( <i>Sí</i> ) <input type="checkbox"/> No ( <i>No</i> )	
Abnormalities Noted: ( <i>Anormalidades que se observaron</i> )	Weight ( <i>must be taken within 30 days for WIC</i> ) ( <i>Peso [debe haberse medido en los últimos 30 días para WIC]</i> )	
	Height ( <i>must be taken within 30 days for WIC</i> ) ( <i>Altura [debe haberse medido en los últimos 30 días para WIC]</i> )	
	Head Circumference (if <2 Years) ( <i>Circunferencia de la cabeza [menores de 2 años]</i> )	
	Blood pressure (if >3 Years) ( <i>Presión arterial [mayores de 3 años]</i> )	
<b>IMMUNIZATIONS (VACUNACIONES)</b>	<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached ( <i>Se adjunta el registro de vacunaciones</i> ) <input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: ( <i>Fecha de la próxima vacunación</i> ) _____	
<b>MEDICAL CONDITIONS (AFECCIONES MÉDICAS)</b>		
Chronic Medical Conditions/Related Surgeries ( <i>Afecciones médicas crónicas/cirugías relacionadas</i> ) • List medical conditions/ongoing surgical concerns: ( <i>Indique las afecciones médicas/los problemas quirúrgicos actuales</i> )	<input type="checkbox"/> None ( <i>Ninguno/a</i> ) <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached ( <i>Se adjunta plan de atención especial</i> )	Comments ( <i>Comentarios</i> )
Medications/Treatments ( <i>Medicamentos/tratamientos</i> ) • List medications/treatments: ( <i>Indique los medicamentos/tratamientos</i> )	<input type="checkbox"/> None ( <i>Ninguno/a</i> ) <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached ( <i>Se adjunta plan de atención especial</i> )	Comments ( <i>Comentarios</i> )
Limitations to Physical Activity ( <i>Limitaciones en la actividad física</i> ) • List limitations/special considerations: ( <i>Indique las limitaciones/consideraciones especiales</i> )	<input type="checkbox"/> None ( <i>Ninguno/a</i> ) <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached ( <i>Se adjunta plan de atención especial</i> )	Comments ( <i>Comentarios</i> )
Special Equipment Needs ( <i>Necesidades de equipamiento especial</i> ) • List items necessary for daily activities	<input type="checkbox"/> None ( <i>Ninguno/a</i> ) <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached ( <i>Se adjunta plan de atención especial</i> )	Comments ( <i>Comentarios</i> )

(Indique los artículos necesarios para las actividades diarias)		
Allergies/Sensitivities (Alergias/sensibilidades) • List allergies: (Indique las alergias)	<input type="checkbox"/> None (Ninguno/a) <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached (Se adjunta plan de atención especial)	Comments (Comentarios)
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements (Dieta especial/vitaminas y suplementos minerales) • List dietary specifications: (Indique las especificaciones alimentarias)	<input type="checkbox"/> None (Ninguno/a) <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached (Se adjunta plan de atención especial)	Comments (Comentarios)
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis (Problemas de conducta/diagnóstico de salud mental) • List behavioral/mental health issues/concerns: (Indique los problemas/las inquietudes relacionados con la conducta y la salud mental)	<input type="checkbox"/> None (Ninguno/a) <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached (Se adjunta plan de atención especial)	Comments (Comentarios)
Emergency Plans (Planes para casos de emergencia) • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for: (Indique el plan para casos de emergencia que puede ser necesario y los síntomas y las señales que se deben observar)	<input type="checkbox"/> None (Ninguno/a) <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached (Se adjunta plan de atención especial)	Comments (Comentarios)

**PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS (EVALUACIONES DE SALUD PREVENTIVAS)**

Type Screening (Tipo de evaluación)	Date Performed (Fecha en que se realizó)	Record Value (Valor registrado)	Type Screening (Tipo de evaluación)	Date Performed (Fecha en que se realizó)	Note if Abnormal (Indique si es anormal)
Hgb/Hct (Hemoglobina/hematocrito)			Hearing (Oído)		
Lead: (Plomo) <input type="checkbox"/> Capillary (Capilar) <input type="checkbox"/> Venous (Venoso)			Vision (Vista)		
TB (mm of Induration) (Tuberculosis [mm de endurecimiento])			Dental (Dental)		
Other: (Otro/a)			Developmental (Del desarrollo)		
Other: (Otro/a)			Scoliosis (Escoliosis)		

**I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.**  
(Examiné al estudiante antes mencionado y revisé su historial clínico. Considero que puede participar plenamente en todas las actividades escolares/de cuidado infantil, incluidos Educación Física y deportes de contacto competitivos, a menos que se haya indicado lo contrario anteriormente).

Name of Health Care Provider (Print) (Nombre del proveedor de atención médica [en letra de imprenta])
Signature/Date (Firma/fecha)

Health Care Provider Stamp:  
(Sello del proveedor de atención médica)

## Instrucciones para completar el Formulario universal de salud de niños (CH-14)

### Sección 1: Padres

El padre/la madre/el tutor deben completar la sección de arriba y firmar el consentimiento para que el proveedor de cuidado infantil/el enfermero escolar conversen sobre la información de este formulario con el proveedor de atención médica.

La casilla del programa Women, Infants and Children (WIC, Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños) debe marcarse únicamente si se enviará el formulario a la oficina del WIC. El WIC es un programa de nutrición suplementaria para mujeres, infantes y niños que ofrece alimentos nutritivos, asesoramiento sobre nutrición, referencias para atención médica y ayuda relacionada con la lactancia materna para las familias con ingresos que califican. Para obtener más información sobre el WIC en su área llame al 1-800-328-3838.

### Sección 2: Proveedor de atención médica

1. Indique la fecha del examen físico que usará para completar el formulario. Mencione las anomalías importantes, especialmente si el niño necesita tratamiento para la anomalía (p. ej., cremas para eczema, medicamentos para el asma para sibilancia, etc.).
  - **Peso:** indíquelo en libras y no en kilogramos. Si se usará el formulario para el WIC, el peso debe haber sido medido en los últimos 30 días.
  - **Altura:** indíquela en pulgadas y no en centímetros. Si se usará el formulario para el WIC, la altura debe haber sido medida en los últimos 30 días.
  - **Circunferencia de la cabeza:** complete únicamente si el niño es menor de dos años.
  - **Presión arterial:** complete únicamente si el niño tiene tres años o más.
2. **Vacunaciones:** se puede adjuntar una copia del registro de vacunaciones. Si necesita un formulario en blanco para indicar las fechas de vacunación, puede solicitar tarjetas Personal Immunization Record (Registro de Vacunación Personal) (IMM-9) del Vaccine Preventable Diseases Program (Programa de enfermedades prevenibles por vacunación) del New Jersey Department of Health (Departamento de Salud de New Jersey) llamando al 609-826-4860. Para que el formulario sea válido, se debe adjuntar el registro de vacunaciones.
  - “Fecha de la próxima vacunación” es opcional, pero ayuda a asegurar a los proveedores de cuidado infantil que los niños a los que cuidan están al día con las vacunaciones.
3. **Afecciones médicas:** indique las afecciones médicas actuales que pueden afectar la salud y el bienestar del niño en el entorno escolar o de cuidado infantil.
  - a. Incluya el historial de afecciones médicas importantes o cirugías mayores. **Si el niño tiene una afección médica compleja, se debe completar y adjuntar un plan de atención especial para cada uno de los bloques de problemas médicos siguientes.** Puede descargar un plan de atención genérico (CH-15) en el siguiente sitio web: [www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot](http://www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot) o pdf. Se pueden solicitar copias en papel del CH-15 de la Division of Family Health Services (División de Servicios de Salud Familiar) llamando al 609-292-5666.
  - b. **Medicamentos:** enumere los medicamentos actuales. Incluya los medicamentos que el niño toma en la casa si pueden afectar su salud mientras recibe cuidado infantil (convulsiones, medicamentos cardíacos o para el asma, etc.).<sup>5</sup> No es necesario incluir en este formulario los medicamentos a corto plazo como antibióticos. Debe incluir los antibióticos a largo plazo como antibióticos para infecciones del tracto urinario o profilaxis de drepanocitosis.

Los medicamentos PRN (Pro re nata) son medicamentos que se toman solo cuando es necesario y deben estar acompañados de indicaciones sobre los factores específicos que hacen que sea necesario administrar el medicamento.

*Especifique los medicamentos de venta libre (OTC, over-the-counter) que recomienda e incluya información para los padres y el proveedor de cuidado infantil sobre la dosis, la vía, la frecuencia y los posibles efectos secundarios. Es posible que algunos proveedores de cuidado infantil requieran permisos separados para medicamentos recetados y de venta libre.*

- c. **Limitaciones en la actividad física:** sea lo más específico posible e incluya las fechas de limitación según corresponda. Debe indicar las limitaciones para excursiones. Mencione las consideraciones especiales, como evitar la exposición al sol o la exposición a alérgenos. Indique las posibles reacciones graves a picaduras de insectos. Incluya consideraciones especiales como que los bebés duerman únicamente boca arriba.
- d. **Equipamiento especial:** indique si el niño usa anteojos, dispositivos ortodóncicos, dispositivos ortopédicos u otros equipos especiales. Los niños con necesidades de equipamiento complejo deben tener un plan de atención.
- e. **Alergias/sensibilidades:** los niños con alergias mortales deben tener un plan de atención especial. Debe indicar las reacciones alérgicas graves a animales o alimentos (sibilancia, etc.). Se pueden obtener planes de acción para casos de asma pediátricos de parte de The Pediatric Asthma Coalition of New Jersey (Coalición contra el Asma Pediátrica de New Jersey) en el sitio web [www.pacnj.org](http://www.pacnj.org) o llamando al 908-687-9340.
- f. **Diets especiales:** debe incluir las dietas o los suplementos especiales con indicación médica. Indique los casos de lactancia materna exclusiva.
- g. **Problemas de conducta/de salud mental:** indique los problemas de conducta importantes o diagnósticos de salud mental como autismo, espasmos respiratorios o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- h. **Planes para casos de emergencia:** si las intervenciones son complejas, es posible que se requiera un plan de atención especial. Especifique las señales y los síntomas que se deben monitorear. Utilice lenguaje simple y evite el uso de términos médicos complejos.

**Evaluaciones:** esta sección es obligatoria para escuelas, WIC, Head Start, entornos de cuidado infantil y otros programas. Aquí se puede encontrar información valiosa para que el personal de salud pública monitoree la salud de los niños. Indique la fecha en que se realizó la evaluación. Indique si la evaluación fue anormal; si fue normal escriba “N”.

- Para la prueba de plomo en la sangre, indique si la muestra de sangre fue capilar o venosa y el valor de la evaluación que se realizó.
- Para la prueba de tuberculina indique los milímetros de endurecimiento. La fecha debe ser la fecha en que se midió. Si se realizó una radiografía de tórax, registre los resultados.
- Las evaluaciones de escoliosis se realizan cada dos años en las escuelas públicas a partir de los diez años.

Se puede usar este formulario a modo de autorización para realizar deportes o Educación Física. Para esto, marque la casilla arriba de la línea de firma y haga las observaciones que correspondan en el bloque de Limitaciones en la actividad física.

Firme y feche el formulario con la fecha en la que se completó (indique la fecha del examen, si es diferente).

- Escriba en letra de imprenta el nombre del proveedor de atención médica.
- Estampe el sello con el nombre del centro de atención médica, la dirección y el número de teléfono.