

**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**

**Michael Citta**  
**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:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Facturas de servicios públicos con dirección de servicio | <input type="checkbox"/> Documentación de empleo   | <input type="checkbox"/> Permisos             |
| <input type="checkbox"/> Información de cuentas contables                         | <input type="checkbox"/> Documentación de desempleo  | <input type="checkbox"/> Facturas médicas     |
| <input type="checkbox"/> Licencias  | <input type="checkbox"/> Factura de seguro de automóvil                                    | <input type="checkbox"/> Registro de vehículo |
| <input type="checkbox"/> Declaración de beneficios                                | <input type="checkbox"/> Recibos de entrega  | <input type="checkbox"/> Registro electoral   |
| <input type="checkbox"/> Órdenes judiciales/de agencias estatales                 | <input type="checkbox"/> Documentos relacionados con estado/asignación de servicio militar |   |
| <input type="checkbox"/> Otras facturas mensuales                                 | <input type="checkbox"/> 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**

**Michael Citta**  
**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 Home School, if different: \_\_\_\_\_

IE  IN  IS  HSE  HSN  HSS

**ENROLLMENT UNDER MCKINNEY VENTO**  Yes  No

Babysitter Trans form Letter Request/Approval Enclosed:  Yes  No Grad Year: \_\_\_\_\_

Entry Code: \_\_\_\_\_ Previous District: \_\_\_\_\_ Grade Level: \_\_\_\_\_

Student ID# \_\_\_\_\_ SID# \_\_\_\_\_ Family Code: \_\_\_\_\_

Registration Date: \_\_\_\_\_ Registrar: \_\_\_\_\_

## ESCUELAS REGIONALES DE TOMS RIVER

### Cuestionario de la oficina de salud para el nuevo ingresante

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y EXPLIQUE LAS RESPUESTAS DE "SÍ" EN LOS ESPACIOS QUE SE BRINDAN**

\*\*\*\*\*

**MEDICAMENTOS:** ¿Toma a diario?  SÍ  NO Si la respuesta es sí, indique los nombres y las dosis:

\_\_\_\_\_

¿Debe tomar medicamentos durante el horario escolar?  SÍ  NO

Si la respuesta es sí, comuníquese con la enfermera para darle indicaciones

\*\*\*\*\*

**ALERGIAS:** ¿Mortales?  SÍ  NO ¿Necesita medicamentos?  SÍ  NO

Si la respuesta es SÍ, comuníquese con la enfermera para darle indicaciones

Tipo de medicamento:  EpiPen  Benadryl  Otro \_\_\_\_\_

**TIPO DE ALERGIA:**  Picadura/mordedura de insecto  Alimentos  Medicamentos  Estacional  Otra

Especifique el nombre de la alergia/el tipo de reacción: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ASMA:**  SÍ  NO  ESTACIONAL  RELACIONADO CON EL CLIMA  RELACIONADO CON ENFERMEDADES

Desencadenantes conocidos \_\_\_\_\_

Frecuencia de los ataques (aproximada):

REGULARES (1 a 2 veces por semana)  Ocasionales (1 a 2 veces por mes)  POCO FRECUENTES (1 a 2 veces al año)

Medicamentos diarios actuales para el asma: \_\_\_\_\_

\* Comuníquese con la enfermera si se debe almacenar el medicamento en la escuela

**ENFERMEDADES CARDÍACAS:**  SÍ  NO Soplo cardíaco:  SÍ  NO

¿Lo diagnosticó un médico?  SÍ  NO

Especifique el tipo de afección: \_\_\_\_\_

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** El niño no podrá participar en Educación Física, Salud o recesos sin una nota del médico que indique que no presenta complicaciones cardíacas. Comuníquese con la enfermera para darle indicaciones adicionales.

**DIABETES:**  SÍ  NO Si la respuesta es SÍ, lo analizaremos y elaboraremos un plan de atención para el año lectivo.

**TRASTORNO CONVULSIVO:**  SÍ  NO EPISODIOS FEBRILES  OTRO

¿Lo diagnosticó un médico?  SÍ  NO

Especifique \_\_\_\_\_

Si la respuesta es SÍ, lo analizaremos y elaboraremos un plan de atención para el año lectivo.

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

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

Otro trastorno neurológico:  SÍ  NO ¿Lo diagnosticó un médico?  SÍ  NO

Especifique el tipo de afección: \_\_\_\_\_

**ENFERMEDAD RENAL:**  SÍ  NO Especifique el tipo de afección: \_\_\_\_\_

Enfermedad de **LYME:**  SÍ  NO Si la respuesta es SÍ, fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_

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

CUESTIONARIO DE LA OFICINA DE SALUD PARA EL NUEVO INGRESANTE: continuación

**OJOS:**  ANTEOJOS  LENTES DE CONTACTO  AMBOS  SIEMPRE  CUANDO LOS NECESITE

Trastorno (especifique): \_\_\_\_\_ Último examen de la vista \_\_\_\_\_

**NARIZ:**  HEMORRAGIA NASAL  SECRECIÓN NASAL  SINUSITIS  FRECUENTES  OCASIONALES

**OÍDOS:** DIFICULTADES AUDITIVAS:  SÍ  NO Si la respuesta es SÍ: AUDÍFONO  SÍ  NO

TRASTORNO DE PROCESAMIENTO AUDITIVO  SÍ  NO

INFECCIONES EN LOS OÍDOS FRECUENTES  SÍ  NO Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas y a qué edades?

**BOCA/GARGANTA:**  CARIES DENTALES  INFECCIONES POR ESTREPTOCOCO FRECUENTES

AMÍGDALAS AGRANDADAS

Otras inquietudes \_\_\_\_\_

Antecedentes de alguno de los siguientes (marque todos los que correspondan, indique las fechas y explique abajo):

LESIONES EN LA CABEZA  HUESOS ROTOS  HOSPITALIZACIONES  CIRUGÍAS

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Marque las siguientes opciones que hayan sido diagnosticadas o estén siendo evaluadas por un médico y presente documentación médica de respaldo.

- AUTISMO/trastorno del espectro autista (TEA)/Síndrome de Asperger
- Trastorno de déficit de atención (TDA)/trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- Trastorno de ansiedad/trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- Trastorno de conducta disruptiva  Trastorno disociativo
- TRASTORNO DE CONDUCTA/EMOCIONAL  Trastorno generalizado del desarrollo
- TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO

**TRASTORNO DE APRENDIZAJE:**  *Dislexia*  *Discalculia*  *Disgrafía*

*Trastorno del lenguaje oral/escrito*  *Dificultades de aprendizaje no verbal*  *Dispraxia*

*Función ejecutiva*  *Apraxia*  *Trastorno del habla*

Otro trastorno de aprendizaje: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Indique otras discapacidades, limitaciones u otras cuestiones salud que no se hayan mencionado, o marque  N/C (no corresponde) \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**INFORMACIÓN DE LA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ ANTERIORMENTE:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha en la que asistió por última vez: \_\_\_\_\_

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

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

SÍ Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_  NO, pero 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).

\* 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 1-800-701-0710 o visite el sitio web [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) para presentar una solicitud en línea.



## ESCUELAS REGIONALES DE TOMS RIVER

1144 Hooper Avenue, Toms River, NJ 08753  
732-505-5000

### REQUISITOS DE VACUNACIÓN

Estimados padre/madre/tutor:

Cuando realice la inscripción, presente pruebas de la siguiente información a la Health Office (Oficina de Salud).

1. **Registro de examen físico:** Antes de que comiencen las clases, **debe** presentar un examen físico en la escuela de su hijo. Lo animamos a que vaya a su "**centro médico**" (médico privado) para completar el examen físico.
2. **Registro de vacunaciones** que incluya las fechas de las series primarias y las dosis de refuerzo. El **Capítulo 14 del New Jersey State Sanitary Code** (N.J.S.S.C., Código Sanitario del Estado de New Jersey) establece que las vacunaciones deben estar completas y al día; de lo contrario, es posible que se excluya al estudiante de la escuela.

#### **DPT: Vacuna de toxoides diftérico y tetánico y tos ferina (DPT)**

- a. **CUATRO (4)** dosis para los niños menores de 7 años. Se debe haber administrado una dosis a los cuatro años o después...o cinco dosis totales.
- b. **TRES (3)** dosis para los niños de 7 años o mayores.
- c. **Tdap:** a partir del 1 de septiembre de 2008, es obligatoria para todos los estudiantes de sexto grado que nacieron el 1 de enero de 1997 o después.

#### **Vacuna contra el virus de la polio**

- a. Para los niños menores de 7 años se requieren **TRES (3)** dosis de la vacuna antipoliomielítica oral (OPV) o la vacuna antipoliomielítica con virus inactivados (IPV) mejorada siempre y cuando se administre una dosis a los cuatro años o después...o cuatro dosis totales.
- b. Para los niños de 7 a 17 años, se requieren **TRES (3)** dosis de la OPV o la IPV para cumplir con el requisito de la vacuna contra la polio.

#### **Vacuna contra el sarampión**

- a. **DOS (2)** dosis de la vacuna que contiene sarampión administradas al año o después. (El preescolar requiere una [1] dosis como mínimo).

#### **Vacuna contra la rubeola: vacuna contra las paperas**

- a. **UNA (1)** dosis de la vacuna contra la rubeola y las paperas administrada al año o después.

#### **Vacuna contra la Hepatitis B — Jardín de infantes a duodécimo grado**

- a. Vacuna contra la Hepatitis de dos o tres dosis según corresponda, o pruebas de laboratorio que muestren inmunidad.

#### **Vacuna contra la varicela**

- a. A partir de septiembre de 2004, se requiere **UNA (1)** dosis después del año para todos los estudiantes de preescolar, jardín de infantes y primer grado, **O...**
- b. Para todos los estudiantes que nacieron después del 1 de enero de 1998 se requiere una declaración de que ya tuvieron varicela o pruebas de laboratorio que demuestren inmunidad.

#### **Vacuna contra el meningococo**

- a. A partir del 1 de septiembre de 2008, se requiere **UNA (1)** dosis para todos los estudiantes de sexto grado que nacieron el 1 de enero de 1997 o después.

### SOLO PARA PREESCOLAR

**Vacuna contra la Haemophilus influenzae tipo b (Hib):** Se requiere **UNA (1)** dosis después del año.

**Vacuna antineumocócica:** **UNA (1)** dosis como mínimo después del año.

**Vacuna contra la gripe (influenza):** **UNA (1)** dosis todos los años entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre

- a. **Prueba cutánea de la tuberculina (Mantoux):** De conformidad con las pautas más recientes del estado de New Jersey, ÚNICAMENTE la necesitan los estudiantes que se transfieren al Toms River Regional School System (Sistema Escolar Regional de Toms River) desde un país con alta incidencia de tuberculosis.

**Los estudiantes que ingresen en este distrito tienen la OBLIGACIÓN de presentar los registros de vacunación adecuados antes del ingreso.**

**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.

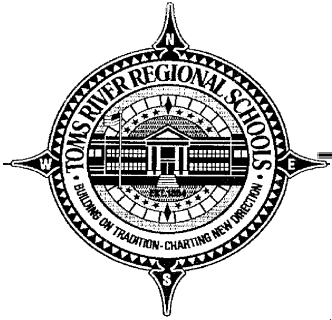
Marque esta casilla si ya tiene acceso al portal para padres para otros estudiantes del distrito.

<b><i>Información del padre/de la madre/el tutor: (Escriba todo en letra de imprenta)</i></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><i>Información del estudiante: (no incluya sobrenombres)</i></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><i>District/School Use Only: (Solo para uso del distrito/la escuela)</i></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:

Only for district use \_\_\_\_\_ School Year \_\_\_\_\_  
District ID#: \_\_\_\_\_ Home School \_\_\_\_\_ Former District \_\_\_\_\_  
Grade level: \_\_\_\_\_ emailed /faxed to Sara McNerny \_\_\_\_\_ File Copy only \_\_\_\_\_

## Las Escuelas Regionales de Toms River

Formulario de Idioma de herencia (K-12)

### Paso 1: Encuesta sobre el idioma que se habla en casa (versión para padres/familiares/tutores)

**Objetivo:** la encuesta sobre el idioma que se habla en casa se utiliza únicamente con el fin de ofrecer servicios educativos adecuados (de acuerdo con el capítulo 1 de la Herramienta EL del Departamento de Educación de EE. UU.). Esta encuesta es el primero de los tres pasos para determinar si un estudiante es elegible para ser identificado como estudiante de inglés (ELL, por sus siglas en inglés). En este sentido, se entiende por "Casa" el lugar de residencia actual del estudiante.

#### Información del estudiante:

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

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD): \_\_\_\_\_

Dirección actual: Calle: \_\_\_\_\_

Pueblo \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

#### Preguntas de la encuesta:

1.) Liste todos los idiomas que se hablan en la casa del estudiante.

\_\_\_\_\_

2.) ¿El primer idioma hablado por el/la estudiante fue un idioma distinto al inglés?

\_\_\_\_\_ **No**                      \_\_\_\_\_ **Sí**

3.) ¿El/La estudiante habla o entiende un idioma distinto al inglés?

\_\_\_\_\_ **No**                      \_\_\_\_\_ **Sí**

4.) Cuando se relaciona con otras personas en casa (por ejemplo: padres, encargados, hermanos), ¿el/la estudiante entiende o habla en un idioma distinto del inglés **la mayor parte del tiempo**?

\_\_\_\_\_ **No**                      \_\_\_\_\_ **Sí**

Only for district use \_\_\_\_\_ School Year  
District ID#: \_\_\_\_\_ Home School \_\_\_\_\_ Former District \_\_\_\_\_  
Grade level: \_\_\_\_\_ emailed /faxed to Sara McNerny \_\_\_\_\_ File Copy only

---

5.) Cuando se relaciona con otras personas fuera de casa (por ejemplo, amigos, cuidadores), ¿el/la estudiante entiende o habla en un idioma distinto al inglés **la mayor parte del tiempo**?

\_\_\_\_\_ **No**

\_\_\_\_\_ **Sí**

---

## **DISTRICT USE ONLY**

**Did they answer “sí” to either Questions #4 or #5?**

- No (Go to result C)  
 Yes (Go to result B)

**Result B:**

The student is a possible ELL. Reviewer should proceed to Step 2 of the Identification Process: Conduct Records Review Process

**Result C:**

The student is not an ELL. Review should not proceed to Step 2: Identification Process is complete.

Notes:

Coordinator of ESL signature: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_

**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)**

**SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)  
 (SECCIÓN 1: LA DEBEN COMPLETAR LOS PADRES)**

Child's Name (Nombre del niño) (Last) (Apellido) (First) (Nombre)	Gender (Género) <input type="checkbox"/> Male (Masculino) <input type="checkbox"/> Female (Femenino)	Date of Birth (Fecha de nacimiento) / /
--	---	--

Does Child Have Health Insurance? (¿El niño tiene seguro médico?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No)	If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier (Si la respuesta es sí, nombre del proveedor de seguro médico)
---	---

Parent/Guardian Name (Nombre del padre/de la madre/del tutor)	Home Telephone Number (Teléfono de la casa) ( ) -	Work Telephone/Cell Phone Number (Teléfono del trabajo/celular) ( ) -
--	---	---

Parent/Guardian Name (Nombre del padre/de la madre/del tutor)	Home Telephone Number (Teléfono de la casa) ( ) -	Work Telephone/Cell Phone Number (Teléfono del trabajo/celular) ( ) -
--	---	---

**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).**

Signature/Date (Firma/fecha)	This form may be released to WIC. (Este formulario puede ser compartido con el WIC) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No)
------------------------------	--

**SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER  
 (SECCIÓN 2: LA DEBE COMPLETAR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA)**

Date of Physical Examination: (Fecha del examen físico)	Results of physical examination normal? (¿Los resultados del examen físico son normales?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No)
---	---

Abnormalities Noted: (Anormalidades que se observaron)	Weight (must be taken within 30 days for WIC) (Peso [debe haberse medido en los últimos 30 días para WIC])	
	Height (must be taken within 30 days for WIC) (Altura [debe haberse medido en los últimos 30 días para WIC])	
	Head Circumference (if <2 Years) (Circunferencia de la cabeza [menores de 2 años])	
	Blood pressure (if >3 Years) (Presión arterial [mayores de 3 años])	

<b>IMMUNIZATIONS (VACUNACIONES)</b>	<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached (Se adjunta el registro de vacunaciones) <input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: (Fecha de la próxima vacunación) _____
-------------------------------------	---

**MEDICAL CONDITIONS (AFECIONES MÉDICAS)**

Chronic Medical Conditions/Related Surgeries (Afecciones médicas crónicas/cirugías relacionadas) • List medical conditions/ongoing surgical concerns: (Indique las afecciones médicas/los problemas quirúrgicos actuales)	<input type="checkbox"/> None (Ninguno/a) <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached (Se adjunta plan de atención especial)	Comments (Comentarios)
Medications/Treatments (Medicamentos/tratamientos) • List medications/treatments: (Indique los medicamentos/tratamientos)	<input type="checkbox"/> None (Ninguno/a) <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached (Se adjunta plan de atención especial)	Comments (Comentarios)
Limitations to Physical Activity (Limitaciones en la actividad física) • List limitations/special considerations: (Indique las limitaciones/consideraciones especiales)	<input type="checkbox"/> None (Ninguno/a) <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached (Se adjunta plan de atención especial)	Comments (Comentarios)
Special Equipment Needs (Necesidades de equipamiento especial) • List items necessary for daily activities (Indique los artículos necesarios para las actividades diarias)	<input type="checkbox"/> None (Ninguno/a) <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached (Se adjunta plan de atención especial)	Comments (Comentarios)
Allergies/Sensitivities (Alergias/sensibilidades) • List allergies: (Indique las alergias)	<input type="checkbox"/> None (Ninguno/a) <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments (Comentarios)

	(Se adjunta plan de atención especial)	
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])	Health Care Provider Stamp: (Sello del proveedor de atención médica)
Signature/Date (Firma/fecha)	

# 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

- 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.
- 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)<sup>4</sup>, 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.
- 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.
  - 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.
  - 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.). 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.*

- 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.
- 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.
- 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.
- Diets especiales:** debe incluir las dietas o los suplementos especiales con indicación médica. Indique los casos de lactancia materna exclusiva.
- 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).
- 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.