



Orange Township Public Schools

Dr. Gerald Fitzhugh, II
Superintendente de Escuelas



Spottswood Lisa Brown

Responsable de Datos y Servicios Estudiantiles

A todas las personas Registro de un niño:

Sólo los padres o tutores legales, pueden registrar a un estudiante en el Distrito Escolar Público de Orange. Los siguientes elementos deben ser proporcionados a un estudiante con el proceso de registro. En el momento de la inscripción, por favor, presente **todos los elementos siguientes**:

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

- Certificado de Nacimiento (se debe copiar y se mantienen en EL DR. archivo)
- Identificación otorgado por El Estado de Nueva Jersey
- Registros de Inmunización
- Examen físico con fecha del mismo año (no obligatorio)
- Una tarjeta de transferencia de la escuela previa
- Tarjeta de informe reciente y los resultados de las pruebas o exámenes
- Transcripción completa (estudiantes de secundaria)
- Programa de Educación Individual (IEP) (si procede)

PADRE/TUTOR PRUEBA DE IDENTIDAD

- Identificación con fotografía emitida por el gobierno, identificación estatal o pasaporte

PRUEBA DE RESIDENCIA

En el momento de la inscripción, deberá presentar uno de los siguientes documentos primarios MÁS DOS de los siguientes **documentos secundarios**. Todos los documentos deben ser originales de fecha en los últimos treinta (30) días:

Documentos primarios aceptables

- Contrato de compra o venta
- Declaración de Impuestos
- Hipoteca
- Contrato de Alquiler actual
- Escritura de Propiedad
- Recibo de Agua

Documentos secundarios aceptables

- Factura de Servicios Públicos (debe estar en su nombre legal)
- Extracto de la tarjeta de crédito (debe ser actual)
- Carnet de conductor vigente **o actual** seguro del vehículo **o** Tarjeta de registro
- Cheque Actual
- Las declaraciones de beneficios estatales o de Asistencia Pública Documentos
- Tarjeta de seguro medico
- Comunicado del Banco
- Cable/Satélite bill

TODOS LOS PADRES QUE NECESITEN UNA DECLARACIÓN JURADA DEL DUEÑO/PROPIETARIO DEBERÁ INFORMAR A LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL DEL DISTRITO.

******* Consulte condiciones especiales que se aplican a continuación *******

PRUEBA DE RESIDENCIA CONDICIONES ESPECIALES:

- Si usted no tiene **un** contrato de arrendamiento y usted y su niño residen con un amigo o familiar en una casa privada, el propietario deberá aportar la prueba de la propiedad. Además, el propietario/duño debe de llenar un Formulario de Declaración Jurada. **Dos (2)** pruebas complementarias de la residencia secundaria de nuestra lista de documentos aceptados deben ser proporcionados por los padres o tutores del niño (ren) que se registra.
- Si no tiene un contrato de arrendamiento y usted y su niño (ren) residen con un amigo o familiar en un edificio de apartamentos, el dueño o Organismo de Gestión deben completar el Formulario de la declaración jurada del propietario/duño no el arrendatario alquilar el apartamento. **Dos (2)** pruebas complementarias de la residencia secundaria de nuestra lista de documentos aceptados deben ser proporcionados por los padres o tutores del niño(s) que se registra.

******* NOTA *******

Para el ingreso al jardín de infantes, el niño debe tener cinco años de edad cumplidos en o antes del 1 de octubre.

Registro de Guardián, Declaración Jurada, DYFS y corte de las colocaciones:

- DYFS debe presentar una orden de la corte o de DYFS una carta de identificación.
- Para la tutoría y/o custodia legal debe informar a:

**Wilentz Justice Complex
212 Washington Street Habitación 113
Newark, NJ 07102
(973) 776-9300
Horas de funcionamiento 8AM - 16:30**

Paquetes Registro incompleto no será aceptado y puede demorar la inscripción Estudiantil



Orange Township Public Schools

Dr. Gerald Fitzhugh, II
Superintendente de Escuelas



Spottswood Lisa Brown
Responsable de Datos y Servicios Estudiantiles

RESIDENCIA ESTUDIANTEL

EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE REALIZAR COMPROBACIONES DE RESIDENCIA

Los estudiantes que no están jurídicamente domiciliados en el Municipio de Orange no tienen derecho a una educación gratuita en El Distrito Escolar Público de Orange.

Por favor tenga en cuenta que la inscripción en las escuelas públicas de Orange son permitidas sólo para aquellos niños cuyos padres(s) /guardián(s) son residentes de Orange. En N. J. AC. 6A:22-4.1, las condiciones para la admisión en El Distrito Escolar Público es objeto de una evaluación exhaustiva y que existe la posibilidad de evaluación de la enseñanza en el caso de que un estudiante sea admitido inicialmente más tarde que no reúnan las condiciones para inscripción.

Por otra parte, el residente que a sabiendas autorice su nombre y/o dirección que se va a utilizar en el registro de un estudiante no residente para el propósito de asistir a las Escuelas Públicas de Orange será perseguido con todo el peso de la ley y demandado por la matrícula para el período de no asistencia a la escuela en el distrito escolar.

Prueba de Residencia son hechas frecuentemente a los estudiantes a base regular y pueden llevarse a cabo tan pronto o temprano como 6:00am.

QUIERO dar testimonio que a mi mejor conocimiento la información de residencia presentada es verdadera y correcta. Comprendo plenamente las declaraciones fraudulentas, las reivindicaciones o los documentos serán juzgados con todo el rigor de la ley.

Por favor, inicie sesión a continuación:

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

FORMULARIO DE INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES.

(Tal como aparece en el certificado de nacimiento)

Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre
Dirección de su casa	Ciudad, Estado y Código postal	Fecha que se mudo a esta dirección
Dirección anterior	Ciudad, Estado y Código postal	Casa Actual Número de teléfono
Fecha de nacimiento	Ciudad y Estado de nacimiento	País de nacimiento
Identificación del Estado# (SID)	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	
Etnicidad: ☐ Blanco ☐ Asia ☐ Negro ☐ Hispano ☐ Nativo de Alaska ☐ Amer. India ☐ Isleños del Pacífico		
Primer grado: ☐ KF ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ 4ª ☐ 5ª ☐ 6ª ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12		
Lengua hablada en el hogar? _____		
Estudiante vive con: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor Legal ☐ Otros		
Escuela: ☐ Rosa Parks Escuela Comunitaria ☐ Cleveland Street School ☐ Forest Street School	☐ Heywood Avenue School ☐ Lincoln Avenue School ☐ Oakwood Avenue School	☐ Orange Preparatory Academy ☐ Park Avenue School ☐ Orange High School
Información de la escuela anterior:		
Nombre de la Escuela	Ubicación	De: _____ a: _____ Grado Fechas de asistencia

EL ESTUDIANTE HA SIDO CLASIFICADOS O INSCRITOS EN CLASES DE EDUCACIÓN ESPECIAL?
☐ SÍ ☐ NO

EL ESTUDIANTE HA ESTADO RECIBIENDO LAS ACOMODACIONES A TRAVÉS DE UN PLAN 504?
☐ SÍ ☐ NO

EL ESTUDIANTE ES CUBIERTO POR SEGURO DE SALUD? ☐ SÍ ☐ NO

SÍRVASE FACILITAR UNA LISTA DE LOS PROVEEDORES DE SEGUROS
_____.

Doy testimonio de lo mejor de mi conocimiento la siguiente información es verdadera y correcta. Las declaraciones fraudulentas o reclamaciones pueden llevar a juicio a con todo el rigor de la ley.

Firma de la persona que completo esta solicitud

Relación con el Estudiante

Fecha ____/____/____

(SÓLO PARA USO DE LA OFICINA) Entrada Date ____/____/____ número de identificación del estudiante

Funcionario completar el paquete de registro _____
Firma

Fecha ____/____/____

MADRE/TUTOR LEGAL

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

Apellido	Primer Nombre	Relación de los alumnos
Dirección de su casa	Ciudad, Estado y Código postal	Fecha de
Número de teléfono particular	Número de teléfono móvil	Dirección de correo electrónico
Fecha de nacimiento	Ciudad y Estado de nacimiento	País de nacimiento
Etnicidad: ☐ Blanco ☐ Asia ☐ Negro ☐ Hispano ☐ Nativo de Alaska ☐ Amer. India ☐ Isleños del Pacífico		
Residencia Información:		
☐ Propietario ☐ El arrendador	☐ Casa unifamiliar ☐ Casa de dos Familias ☐ Edificio de apartamentos	☐ Casa Multi-Nivel ☐ Apartamento en una casa privada
Información de la dirección anterior		
Número y nombre de la Calle		Ciudad Estado, Código postal
Empleador	Ocupación	Número de teléfono del trabajo
Dirección del Trabajo		
Número y nombre de la Calle		Ciudad Estado, Código postal

PADRE/TUTOR LEGAL

Apellido	Primer Nombre	Relación de los alumnos
Dirección de su casa	Ciudad, Estado y Código postal	Fecha de
Número de teléfono particular	Número de teléfono móvil	Dirección de correo electrónico
Fecha de nacimiento	Ciudad y Estado de nacimiento	País de nacimiento
Etnicidad: ☐ Blanco ☐ Asia ☐ Negro ☐ Hispano ☐ Nativo de Alaska ☐ Amer. India ☐ Isleños del Pacífico		
Residencia Información:		
☐ Propietario ☐ El arrendador	☐ Casa unifamiliar ☐ Casa de dos Familias ☐ Edificio de apartamentos	☐ Casa Multi-Nivel ☐ Apartamento en una casa privada
Información de la dirección anterior		
Número y nombre de la Calle		Ciudad Estado, Código postal
Empleador	Ocupación	Número de teléfono del trabajo
Dirección del Trabajo		
Número y nombre de la Calle		Ciudad Estado, Código postal



Orange Township Public Schools

Dr. Gerald Fitzhugh, II
Superintendente de Escuelas



Spottswood Lisa Brown
Responsable de Datos y Servicios Estudiantiles

SOLICITUD PARA EXPEDIENTES ACADÉMICOS DE LOS ALUMNOS

Fecha solicitada

Nombre de Escuela Anterior

Nombre del alumno

Fecha de nacimiento

Grado

De conformidad con lo dispuesto en la L. P. 2002, C63 (N. J. S. A. 18:36-25,1) y en la sección 1 de P. L. 1982, C. 79 (N. J. S. A. 2A, 4A-60) , El Distrito Escolar Público del Municipio de Orange solicita su asistencia de toda la información y registros que se han mencionado anteriormente sobre el niño. Esta petición se hace en virtud de este estudiante entrando en nuestro sistema escolar.

Por favor incluya los siguientes:

Transcripciones Oficiales

Resultados de pruebas

Clave del distrito sistema de clasificación

Salud/registros de inmunización o informes médicos

Registros de asistencia/datos

Expedientes disciplinarios incluyendo infracciones impuestas por su distrito escolar

Notificación de que el distrito ha obtenido la información de acuerdo con N. J. S. A. 2A:4A-60 (Es decir, los cargos de la delincuencia juvenil)

Educación Especial los resultados de los ensayos y/o informes (IEP's, los informes psicológicos, etc.)

Documentos de Tutela

Miembro del personal Solicitando registros

Firma del padre/tutor



Orange Township Public Schools
Gerald Fitzhugh, II, Ed. D
Superintendent of Schools



Gerald Fitzhugh, II, Ed.D.
Superintendent of Schools

Lisa Spottswood Brown
Manager of Data and Student Pupil Services

FORMULARIO DE ENCUESTA DE IDIOMA DOMÉSTICO

Introducción

Esta encuesta son los primeros tres pasos para identificar si un estudiante es elegible para ser un estudiante multilingüe. Comience con “Pregunta 1” y continúe hasta completar el formulario. Seleccione la respuesta a cada pregunta y siga las instrucciones.

Información Estudiantil

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento del Estudiante ____/____/____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de entrada a los EE. UU.: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____

1. ¿Cuál fue el primer idioma utilizado por el estudiante? _____

2. En casa, ¿el estudiante escucha o utiliza un idioma distinto al inglés más de la mitad del tiempo?

☐ **Si** (Continúe con la pregunta 7.) ☐ **No**

3. ¿El estudiante entiende un idioma distinto al inglés?

☐ **Yes** ☐ **No** (Student is not a Multilingual Learner)

4. Al interactuar con otras personas en casa (padres, tutores, hermanos), ¿el estudiante utiliza un idioma distinto al Inglés más de la mitad del tiempo? ☐ **Si** (Continúe con la pregunta 7.) ☐ **No**

5. Al interactuar con otras personas fuera del hogar, ¿el estudiante usa un idioma distinto al inglés más de la mitad del tiempo? ☐ **Si** ☐ **No**

6. ¿Se ha mudado recientemente el estudiante de otro distrito escolar/escuela autónoma donde fue identificado como un estudiante Multilingüe? ☐ **Si** ☐ **No**



Orange Township Public Schools
Gerald Fitzhugh, II, Ed. D
Superintendent of Schools



Gerald Fitzhugh, II, Ed.D.
Superintendent of Schools

Lisa Spottswood Brown
Manager of Data and Student Pupil Services

7. Identifique los idiomas de origen que se hablan a continuación y luego continúe con el proceso de revisión de registros.

_____	_____	_____
_____	_____	_____



Orange Township Public Schools

Dr. Gerald Fitzhugh, II
Superintendente de Escuelas



Spottswood Lisa Brown
Responsable de Datos y Servicios Estudiantiles

Historial de Salud del Estudiante

☐ Femenino ☐ Masculino

Nombre del alumno

Dirección de origen del estudiante

____/____/____
Fecha de nacimiento

de teléfono

Estudiante vive con:

Padre/tutor (uno de ellos con un círculo)

Dirección (omitir si es el mismo que el anterior)

Número de teléfono

Padre/tutor (uno de ellos con un círculo)

Dirección (omitir si es el mismo que el anterior)

Número de teléfono

Médico del Estudiante

Número de teléfono del médico

Médico de la ciudad y estado

Embarazo Normal ☐ Sí ☐ No

La Infancia y la Niñez Normal ☐ Sí ☐ No

Lugar de nacimiento:

Peso al nacer:

Duración del embarazo:

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Alergias
Alergias a los alimentos
Asma
Diabetes
Soplos cardíacos
Incautaciones
Enfermedad de células falciformes
Sickle Cell Trait

Envenenamiento por Plomo
Anemia
Deterioro del Lenguaje
Tuberculosis
Sarampión
Paperas
Tos ferina
Retrasos en el desarrollo

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Infecciones del tracto urinario
Problemas renales
Problemas con la vejiga
Problemas con el habla
Problemas de audición
Fiebre reumática
Varicela
Problemas del Corazón

Sírvase proporcionar más información acerca de cualquier cosa que se comprueba:

Por favor, responda a todas las preguntas siguientes:

Su hijo nunca ha sido hospitalizado?	☐ Sí	☐ No
Si la respuesta es sí, ¿cuándo y por qué? _____		
¿Su hijo tiene problemas en los ojos?	☐ Sí	☐ No
Si su niño necesita/usar gafas?	☐ Sí	☐ No
¿Su niño va a un dentista por lo menos cada seis meses?	☐ Sí	☐ No
Tiene problemas dentales?	☐ Sí	☐ No
Su niño ha tenido convulsiones?	☐ Sí	☒ No
Su hijo está tomando algún medicamento regularmente?	☐ Sí	☐ No
Si es así, ¿qué medicamento? _____	☐ Sí	☐ No
Si su niño tiene infecciones frecuentes del oído?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene su hijo en buenas condiciones físicas para participar en todas las actividades escolares?	☐ Sí	☐ No
Cualquier problema médico o dental, preocupaciones que puedan afectar a su hijo la educación, Experiencia?	☐ Sí	☐ No
Historia de conmoción cerebral o lesión grave en la cabeza?	☐ Sí	☐ No
Historial de huesos rotos?	☐ Sí	☐ No
Su niño ha tenido alguna cirugía?	☐ Sí	☐ No
Si es así, ¿qué se ha hecho? _____		
Su niño ha tenido una hernia?	☐ Sí	☐ No
Si es así, ¿de qué tipo? _____		
Si su niño tiene alguna discapacidad física?	☐ Sí	☐ No
Le rogamos nos informe de cualquier médico, emocional, problemas dentales o que le Al igual que para analizar:		
Historia Familiar		
¿Cualquiera de los padres tiene algún otro problema de salud?	☐ Sí	☐ No
Si es así, explique: Que _____		

Se espera que los estudiantes tengan un examen físico completo (en los últimos 12 meses) y a la enfermera de la escuela a su entrada a Las Escuelas Públicas de Orange. El incumplimiento de esta norma dentro de un plazo de 30 días puede resultar en su hijo ser excluido por el edificio principal.

Padre/guardián Firma _____

Fecha _____

DEBE SER COMPLETADO POR LA ENFERMERA DE LA ESCUELA SOLAMENTE:

Grado: _____ Escuela Anterior: _____ Estado o país: _____ Idioma: _____

PE: _____ Inmunización UTD: _____ estado Provisional: _____ A45 Hacer: _____

PE: _____ Inmunización necesario: _____ autorización médica: _____ VSP: _____ Date: _____

Firma de la Enfermera de la Escuela: _____ Fecha: _____

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)

Child's Name (Last) (First)		Gender ☐ Male ☐ Female	Date of Birth / /
Does Child Have Health Insurance? ☐ Yes ☐ No	If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier		
Parent/Guardian Name	Home Telephone Number () -	Work Telephone/Cell Phone Number () -	
Parent/Guardian Name	Home Telephone Number () -	Work Telephone/Cell Phone Number () -	
<i>I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.</i>			
Signature/Date		This form may be released to WIC. ☐ Yes ☐ No	

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

Date of Physical Examination:	Results of physical examination normal? ☐ Yes ☐ No
Abnormalities Noted:	Weight (must be taken within 30 days for WIC)
	Height (must be taken within 30 days for WIC)
	Head Circumference (if <2 Years)
	Blood Pressure (if ≥3 Years)
IMMUNIZATIONS	☐ Immunization Record Attached ☐ Date Next Immunization Due: _____

MEDICAL CONDITIONS

Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Medications/Treatments • List medications/treatments:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Allergies/Sensitivities • List allergies:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS

Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: ☐ Capillary ☐ Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

☐ *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.*

Name of Health Care Provider (Print)

Health Care Provider Stamp

Signature/Date

Instructions for Completing the Universal Child Health Record (CH-14)

Section 1 - Parent

Please have the parent/guardian complete the top section and sign the consent for the child care provider/school nurse to discuss any information on this form with the health care provider.

The WIC box needs to be checked only if this form is being sent to the WIC office. WIC is a supplemental nutrition program for Women, Infants and Children that provides nutritious foods, nutrition counseling, health care referrals and breast feeding support to income eligible families. For more information about WIC in your area call 1-800-328-3838.

Section 2 - Health Care Provider

1. Please enter the date of the physical exam that is being used to complete the form. Note significant abnormalities especially if the child needs treatment for that abnormality (e.g. creams for eczema; asthma medications for wheezing etc.)
 - **Weight** - Please note pounds vs. kilograms. If the form is being used for WIC, the weight must have been taken within the last 30 days.
 - **Height** - Please note inches vs. centimeters. If the form is being used for WIC, the height must have been taken within the last 30 days.
 - **Head Circumference** - Only enter if the child is less than 2 years.
 - **Blood Pressure** - Only enter if the child is 3 years or older.
2. **Immunization** - A copy of an immunization record may be copied and attached. If you need a blank form on which to enter the immunization dates, you can request a supply of Personal Immunization Record (IMM-9) cards from the New Jersey Department of Health, Vaccine Preventable Diseases Program at 609-826-4860. The Immunization record must be attached for the form to be valid.
 - "Date next immunization is due" is optional but helps child care providers to assure that children in their care are up-to-date with immunizations.
3. **Medical Conditions** - Please list any ongoing medical conditions that might impact the child's health and well being in the child care or school setting.
 - a. Note any significant medical conditions or major surgical history. **If the child has a complex medical condition, a special care plan should be completed and attached for any of the medical issue blocks that follow.** A generic care plan (CH-15) can be downloaded at www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot or pdf. Hard copies of the CH-15 can be requested from the Division of Family Health Services at 609-292-5666.
 - b. **Medications** - List any ongoing medications. Include any medications given at home if they might impact the child's health while in child care (seizure, cardiac or asthma medications, etc.). Short-term medications such as antibiotics do not need to be listed on this form. Long-term antibiotics such as antibiotics for urinary tract infections or sickle cell prophylaxis should be included.

PRN Medications are medications given only as needed and should have guidelines as to specific factors that should trigger medication administration.

Please be specific about what over-the-counter (OTC) medications you recommend, and include information for the parent and child care provider as to dosage, route, frequency, and possible side effects. Many child care providers may require separate permissions slips for prescription and OTC medications.

- c. **Limitations to physical activity** - Please be as specific as possible and include dates of limitation as appropriate. Any limitation to field trips should be noted. Note any special considerations such as avoiding sun exposure or exposure to allergens. Potential severe reaction to insect stings should be noted. Special considerations such as back-only sleeping for infants should be noted.
 - d. **Special Equipment** - Enter if the child wears glasses, orthodontic devices, orthotics, or other special equipment. Children with complex equipment needs should have a care plan.
 - e. **Allergies/Sensitivities** - Children with life-threatening allergies should have a special care plan. Severe allergic reactions to animals or foods (wheezing etc.) should be noted. Pediatric asthma action plans can be obtained from The Pediatric Asthma Coalition of New Jersey at www.pacnj.org or by phone at 908-687-9340.
 - f. **Special Diets** - Any special diet and/or supplements that are medically indicated should be included. Exclusive breastfeeding should be noted.
 - g. **Behavioral/Mental Health issues** - Please note any significant behavioral problems or mental health diagnoses such as autism, breath holding, or ADHD.
 - h. **Emergency Plans** - May require a special care plan if interventions are complex. Be specific about signs and symptoms to watch for. Use simple language and avoid the use of complex medical terms.
4. **Screening** - This section is required for school, WIC, Head Start, child care settings, and some other programs. This section can provide valuable data for public health personnel to track children's health. Please enter the date that the test was performed. Note if the test was abnormal or place an "N" if it was normal.
 - For lead screening state if the blood sample was capillary or venous and the value of the test performed.
 - For PPD enter millimeters of induration, and the date listed should be the date read. If a chest x-ray was done, record results.
 - Scoliosis screenings are done biennially in the public schools beginning at age 10.
- This form may be used for clearance for sports or physical education. As such, please check the box above the signature line and make any appropriate notations in the Limitation to Physical Activities block.
5. Please sign and date the form with the date the form was completed (note the date of the exam, if different)
 - Print the health care provider's name.
 - Stamp with health care site's name, address and phone number.

Formulario de consentimiento de los padres
Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI)

Distrito Escolar

Nuestro distrito escolar participa en el programa de Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés), que permite a los distritos escolares facturar al programa de salud Medicaid por servicios que se proporcionan a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley federal sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), 34CFR§99.30 y la Sección 617 de la Parte B de la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) sobre requisitos de consentimiento en 34 CFR§300.622, se necesita un consentimiento único antes de poder acceder a beneficios públicos.

Este consentimiento establece que los datos personales identificables de su hijo(a), tales como su historial en la escuela o información acerca de los servicios que le son proporcionados, incluyendo las evaluaciones y los servicios especificados en el Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) que recibe su hijo(a) (terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, orientación psicológica, audiología, enfermería y transporte especializado), pueden ser revelados al programa Medicaid y al Departamento del Tesoro con el fin de recibir el reembolso de Medicaid en el distrito escolar.

Como padre o madre/tutor del o la menor nombrado(a) abajo, doy permiso para que se revele la información descrita anteriormente; así como entiendo y acepto que Medicaid puede tener acceso a los beneficios públicos o seguros públicos de mi hijo(a) o míos para pagar los servicios de educación especial o relacionados al amparo de la Parte 300 (servicios bajo IDEA). Entiendo que el distrito escolar aún necesita proporcionar servicios a mi hijo(a) de conformidad con su IEP, independientemente de mi estado de elegibilidad de Medicaid o deseo para consentir la facturación al SEMI.

Entiendo que la facturación para estos servicios por el distrito **no afecta** mi capacidad para acceder a estos servicios para mi hijo(a) fuera del entorno escolar, ni mi familia incurrirá en ningún costo inclusive copagos, deducibles, pérdida de elegibilidad o afectará en los beneficios de por vida.

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento del niño(a): / /

Padre: _____ /Tutor: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

Doy mi consentimiento para facturar al SEMI:

Sí	☐
No	☐

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, poniéndose en contacto por escrito con el coordinador del caso de su hijo(a) o con el administrador de la escuela de su hijo(a).