



Northern Lehigh School District

1201 Shadow Oaks Lane • Slatington, PA 18080

(P): 610-767-9800 x1004 • (F): 610-767-9826

(E): enrollment@nlsd.org • www.nlsd.org

Hoja de Información de Inscripción de

Quién puede inscribirse en NLSD?

Los padres naturales o adoptivos, tutores o padres adoptivos que residen en el Distrito Escolar Northern Lehigh pueden inscribir a un estudiante.

Cuál es el proceso para inscribir a un estudiante en NLSD?

La inscripción se realiza con cita previa durante el calendario escolar regular de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 3:00 p.m. en la oficina del distrito. ***Tenga en cuenta: los días/horarios de verano pueden variar.** La cita promedio para inscribir uno (1) estudiante toma aproximadamente 15-20 minutos. Antes de programar una cita, debe completar un paquete de inscripción y traer los documentos requeridos junto con las pruebas de residencia a la cita.

Qué está incluido en el paquete de inscripción?

El Kindergarten:

Formulario de Inscripción
Cuestionario para Padres
Cuestionario de Salud
Requisito de Vacunación
Formulario de Examen Médico (Kindergarten)
Forma Física del DOH
Formulario de Examen Dental (Kindergarten)
Formulario Dental del DOH
Carta/Formulario de Transporte Médico
Formulario de Solicitud de Transporte
Encuesta Sobre el Idioma del Hogar
Solicitud de Registros (*si se transfiere a mitad del año escolar*)

Grados 1-12:

Formulario de Inscripción
ACT 26 – Declaración Jurada de los padres sobre Escuelas Seguras
Cuestionario de Salud
Requisito de Vacunación
Formulario Médico (6th / 11th grado)
Formulario Dental (3rd / 7th grado)
Solicitud de Registros
Carta/Formulario de Transporte Médico
Transportation Request Form
Encuesta Sobre el Idioma del Hogar

Además de los materiales de inscripción completos, deberá traer lo siguiente a su cita:

- Certificado de Nacimiento Original **Si tiene problemas para obtenerlo, contáctenos antes de su cita*
- Registros de Inmunización/Inyecciones/Vacunas
- Custodia Legal / Tutela / Adopción / Documentación de crianza (si corresponde)
- Cualquier registro educativo de la escuela anterior, incluidos:
 - Para estudiantes de educación especial o superdotados: una copia del IEP o GIEP o Plan 504 más reciente
- Identificación válida con foto: identificación por el estado, licencia de conducir, pasaporte ***Nota: no puede estar vencido**
- Dos (2) comprobantes **diferentes** de residencia (que indique la dirección actual) dentro del distrito para padre/tutor legal:
 - Licencia de conducir o identificación emitida por el estado, con dirección actualizada o tarjeta de cambio de dirección
 - Matrícula/Seguro del vehículo - con dirección actualizada
 - Factura Actual de Servicios Públicos/Tarjeta de Crédito
 - Documento/Recibo de Impuesto Predial Vigente
 - Permiso de Mudanza: *Comuníquese con el distrito de Slatington, Walnutport, o Municipio de Washington - cualquiera que sea aplicable.*
 - Arrendamiento Firmado / Escritura / Contrato de Venta de Propiedad / Documento de Hipoteca
 - Extracto de cuenta
 - Copia de la Inscripción en el Programa Estatal/Federal/Información del Seguro Médico
 - Formulario Notariado de Ocupación Múltiple – *si es necesario*. Consultar para más información.



NORTHERN LEHIGH SCHOOL DISTRICT

1201 Shadow Oaks Lane • Slatington, PA 18080

(P): 610-767-9800 Ext. 1004 • (F): 610-767-9826

(E): enrollment@nlsd.org • www.nlsd.org

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE GRADO K-12

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

APELLIDO PRIMER SEGUNDO SUFFIX

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO # _____ SEXO: MASCULINO FEMENINO OTRO:

IDENTIFICA COMO: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ CIUDAD & ESTADO (O PAÍS) DE NACIMIENTO _____

GRADO _____ FECHA DE INICIO SOLICITADA _____ ASISTIR PREVIAMENTE NLSD? SÍ NO

ESTÁN LOS PADRES SERVIENDO **ACTIVAMENTE** EN CUALQUIER RAMA DE LAS MILITARES? SÍ NO

TIENEN PADRE/S QUE **PREVIAMENTE** SERVIERON EN CUALQUIER RAMA DE LAS MILITARES? SÍ NO

ETNIA: (Marque todo lo que corresponda)

- ASIÁTICO
- NEGRO/AFROAMERICANO
- BLANCO/CAUCASIANO
- OTRO (Por favor especifica) _____
- INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA
- HISPANO/LATINO
- HAWAIANO NATIVO/OTRA ISLA DEL PACÍFICO

FECHA DE INGRESO A LA ESCUELA DE PENNSYLVANIA _____

NOMBRE DE LA ESCUELA ANTERIOR _____

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR _____

EL ESTUDIANTE ES UN INMIGRANTE? SÍ NO

FECHA DE LA ENTRADA INICIAL A LOS ESTADOS UNIDOS (SI ES LA PRIMERA VEZ QUE SE INSCRIBE EN UNA ESCUELA DE LOS ESTADOS UNIDOS) _____

CUÁL ES EL PRIMER IDIOMA DEL ESTUDIANTE? _____

COMUNICACIÓN PREFERIDA DE LA ESCUELA INGLÉS OTRA (LISTA) _____

EL ESTUDIANTE ASISTIÓ A CUALQUIER ESCUELA DE LOS ESTADOS UNIDOS EN CUALQUIER 3 AÑOS DURANTE SU VIDA? SÍ NO

NOMBRE DE OTRA(S) ESCUELA(S) ANTERIOR(ES)	ESTADO	FECHAS DE ASISTENCIA

EL ESTUDIANTE ACTUALMENTE TIENE UN IEP? SÍ NO

EL ESTUDIANTE ACTUALMENTE TIENE UN GIEP? SÍ NO

EL ESTUDIANTE ACTUALMENTE TIENE UN 504 PLAN? SÍ NO

EL ESTUDIANTE ES UN NIÑO DE CRIANZA? (En caso **afirmativo**, adjunte el Certificado de Entrada que nombra a los padres de crianza.) SÍ NO

DO YOU HAVE A COPY?	
<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO

CONTINUED ON OTHER SIDE

NORTHERN LEHIGH SCHOOL DISTRICT FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN CONTINUADO:

___ PADRE ___ TUTOR LEGAL ___ PADRE ADOPTIVO	___ PADRE ___ TUTOR LEGAL ___ PADRE ADOPTIVO
___ RESIDE CON ___ DOCUMENTACION COSTOSA	___ RESIDE CON ___ DOCUMENTACION COSTOSA
NOMBRE	NOMBRE
TELÉFONO DE DÍA	TELÉFONO DE DÍA
EMPLEADOR	EMPLEADOR
TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO	CORREO ELECTRÓNICO
DIRECCIÓN SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR _____ _____	DIRECCIÓN SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR _____ _____
SI ES APLICABLE:	SI ES APLICABLE:
NOMBRE DE PADRASTRO	NOMBRE DE PADRASTRO
TELÉFONO DE PADRASTRO	TELÉFONO DE PADRASTRO
TELÉFONO CELULAR DE PADRASTRO	TELÉFONO CELULAR DE PADRASTRO
PERMISO PARA ACCEDER A LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE <u> </u> SÍ <u> </u> NO	PERMISO PARA ACCEDER A LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE <u> </u> SÍ <u> </u> NO

****Si el Tutor no es el padre, se requerirán documentos adicionales. La limitación de contacto o correspondencia con el padre sin custodia debe estar respaldada por una orden judicial. ****

CONTACTO DE EMERGENCIA	CONTACTO DE EMERGENCIA
RELACIÓN	RELACIÓN
NOMBRE	NOMBRE
TELÉFONO #	TELÉFONO #

OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR	OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR
NOMBRE	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO
ESCUELA A LA QUE ASISTEN	ESCUELA A LA QUE ASISTEN
NOMBRE	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO
ESCUELA A LA QUE ASISTEN	ESCUELA A LA QUE ASISTEN

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR EN LETRA: _____

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____

FECHA: _____

FOR OFFICE USE ONLY		
LOCAL ID# _____	STATE ID# _____	PS ID# _____
DATE _____	ENTERED BY _____	04/2021



Northern Lehigh School District

Nombre del Estudiante _____

CUESTIONARIO PARA PADRES/TUTORES DE KINDERGARTEN

1. ¿Ha participado el estudiante en algún programa educativo antes de Kindergarten? (preescolar, IU, guardería, intervención temprana, Head Start, otros)

___ Sí ___ NO En caso afirmativo, donde: _____

¿Fue una experiencia positiva o negativa para el estudiante y por qué?

2. Nivel de actividad (Marque las palabras que describen al estudiante)

___ siempre activo

___ lento en responder

___ inquieto

___ generalmente tranquilo

___ generalmente consistente en comportamiento

___ generalmente inconsistente en comportamiento

3. Rasgos de personalidad: (Marque las palabras que generalmente describen el comportamiento del estudiante en **CASA**)

___ tímida

___ extrovertida

___ tranquilo

___ argumentativo

___ enérgico

___ seguro de sí mismo

___ terco

___ hablador

___ aprensivo

___ llora fácilmente

___ independiente

___ exhibe autocontrol

___ espera por ayuda

___ tiene rabietas

Comentarios sobre el nivel de actividad o rasgos de personalidad: _____

4. ¿Recibe su hijo algún servicio relacionado con el hogar o la escuela? Si es afirmativo, ¿qué servicios ya través de qué agencia?

5. ¿Tiene su hijo un IEP a través del Programa de Intervención Temprana? ___ Sí ___ NO

6. ¿El estudiante puede usar el baño de forma independiente? ___ Sí ___ NO



Northern Lehigh School District

1201 Shadow Oaks Lane • Slatington, PA 18080

(P): 610-767-9800 • (F): 610-767-9826

www.nlsd.org

CUESTIONARIO DE SALUD DEL ESCOLAR

A Los Padres/Tutores:

La solicitud de información en este formulario ayudará al distrito escolar a determinar el estado de salud del estudiante y ayudarlo a recibir los máximos beneficios de esta oportunidad educativa.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ___ M ___ F ___ Otro, se identifica como: _____

Dirección del Estudiante: _____

Padre(s) / Tutor(es) Nombre(s): _____

Número(s) de teléfono: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR COMPLETANDO ESTE FORMULARIO

Fecha

ADJUNTAR COPIA DEL REGISTRO DE INMUNIZACIÓN

Nombre del Médico del Estudiante: _____ Teléfono: _____

Nombre del Dentista del Estudiante: _____ Teléfono: _____

1. ¿Alguna vez se probó la audición del estudiante? ___ Sí ___ NO

Si afirmativo, cuándo? _____ Nombre del examinador: _____

Resultados: _____

2. ¿El estudiante ha tenido alguna vez un examen de la vista? ___ Sí ___ NO

Si afirmativo, cuándo? _____ Nombre del examinador: _____

¿Le recetaron anteojos? ___ Sí ___ NO ¿Debe el niño llevarlos constantemente? ___ Sí ___ NO

3. Enumere los medicamentos, suplementos a base de hierbas/remedios caseros que se toman actualmente:

<i>Nombre del Medicamento</i>	<i>Dosis</i>	<i>Con qué frecuencia</i>

4. Lista de Hospitalizaciones y/o Cirugías:

<i>Fechas</i>	<i>Descripción del motivo de hospitalización / tipo de cirugía</i>

SIGUE DEL OTRO LADO

5. Prueba Cutánea de Tuberculosis: ____ Nunca he tenido uno ____ Prueba negativa ____ Año
 ____ Prueba positiva ____ Año
6. El Estudiante tiene un Epi Pen / Epi Pen Jr ____ Sí ____ NO
7. ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo y/o trabajo de parto/parto? ____ Sí ____ NO
 En caso afirmativo explicar: _____
8. Está el estudiante actualmente bajo tratamiento médico? ____ Sí ____ NO
9. ¿Ha tenido el estudiante algún accidente grave? ____ Sí ____ NO
 En caso afirmativo explicar: _____
10. Describa brevemente cualquier evento traumático que haya vivido el estudiante (por ejemplo: muerte de un familiar cercano, divorcio, crisis familiar, etc.): _____
11. Lista de alergias y tratamientos específicos: _____

Historial de salud, incluye historial de infancia y niñez temprana

Marque a continuación cualquiera de las siguientes enfermedades/condiciones que el estudiante haya tenido. Indica fecha aproximada de aparición (primeros síntomas) y explica tratamiento y profesionales sanitarios implicados.

Marque		Marque		Marque	
	Artritis		Dificultad para vestirse solo		Paperas
	Asma		Difteria		Mordiendo las uñas
	Enuresis (moja la cama)		Infecciones de oído		Reacción negativa al carlifo
	Infección de vejiga		Eczema		Neumonía
	Desorden sanguíneo		Extremadamente cansado		Polio
	Presión arterial: ALTA		Desmayo		Coordinacion pobre
	Presión arterial – BAJA		Dolores de cabeza frecuentes		Fiebre reumática
	Problemas de intestino/vejiga		Tropezos/caídas frecuentes		Rubéola (sarampión alemán)
	Huesos rotos		Dolores de cabeza / migrañas		Escarlatina
	Bronquitis		Soplo cardíaco		Convulsiones
	Cáncer		Problemas del corazón		Periodo de atención corto
	Varicela		Hepatitis		El habla no es clara
	Concusión		Fiebre alta		Tartamudeo
	Desafío a la autoridad		Urticaria		Berrinche
	Diabetes		Hiperactividad		Enfermedad de tiroides
	Dificultad para cortar con tijeras		Influenza		Amigdalitis
	Dificultad para necesidades de expresión		Enfermedad del riñon		Tuberculosis
	Dificultad para sostener un lápiz		Malaria		Tifoidea
	Dificultad para jugar con sus compañeros		Sarampión		Miedos inusuales
	Dificultad para separarse de los padres/tutor(es)		Meningitis		Tics/espasmos inusuales

	Dificultad para entender instrucciones		Mononucleosis infecciosa		Tos ferina
	Otro:		Otro:		Otro:

Comentarios: _____

REQUISITOS DE VACUNACIÓN ESCOLAR PARA ASISTIR A LAS ESCUELAS DE PENNSILVANIA

PARA ASISTIR A TODOS LOS GRADOS, LOS NIÑOS NECESITAN LAS SIGUIENTES VACUNAS:



- 4 dosis de la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular* (1 dosis a partir de cumplir los 4 años)
- 4 dosis de la vacuna antipoliomielítica (4ta dosis a partir de cumplir los 4 años y, al menos, 6 meses después de la dosis anterior)**
- 2 dosis de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola***
- 3 dosis de la vacuna contra la hepatitis B
- 2 dosis de la vacuna contra la varicela o evidencia de inmunidad

* Por lo general, se aplica como DTP o DTaP o, si es recomendable desde el punto de vista médico, como DT o Td.

** No es necesaria una cuarta dosis si la tercera dosis se administró a partir de los 4 años de edad y, al menos, 6 meses después de la dosis anterior.

*** Por lo general, se aplica como MMR.

EL PRIMER DÍA DE ESCUELA, a menos que el niño tenga una exención médica, religiosa o filosófica, debe haber recibido, al menos, una dosis de las vacunas antes mencionadas o corre el riesgo de ser excluido de la escuela.

- Si el niño no tiene todas las dosis antes mencionadas, si necesita dosis adicionales y la siguiente dosis es apropiada desde el punto de vista médico, debe recibir dichas dosis en el transcurso de los primeros cinco días de clases o corre el riesgo de ser excluido de la escuela. Si la siguiente dosis no es la dosis final del esquema, debe presentar también un plan médico (tarjeta roja y blanca), en el transcurso de los primeros cinco días de clases, para recibir las vacunas obligatorias o corre el riesgo de ser excluido de la escuela.
- Si el niño no tiene todas las dosis antes mencionada, si necesita dosis adicionales y la siguiente dosis no es apropiada desde el punto de vista médico, debe presentar un plan médico (tarjeta roja y blanca), en el transcurso de los primeros cinco días de clases, para recibir las vacunas obligatorias o corre el riesgo de ser excluido de la escuela.
- Se debe cumplir con el plan médico o el niño corre el riesgo de ser excluido de la escuela.

PARA ASISTIR A 7° GRADO:

- 1 dosis de la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular (Tdap) el primer día de 7° grado.
- 1 dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada (MCV) el primer día de 7° grado.

EL PRIMER DÍA DE 7° GRADO, a menos que el niño tenga una exención médica, religiosa o filosófica, debe haber recibido las vacunas antes mencionadas o corre el riesgo de ser excluido de la escuela.

PARA ASISTIR A 12° GRADO:

- 1 dosis de MCV el primer día de 12° grado. Si se administró una dosis a partir de los 16 años de edad, dicha dosis será considerada como la dosis de 12° grado.

EL PRIMER DÍA DE 12° GRADO, a menos que el niño tenga una exención médica, religiosa o filosófica, debe haber recibido las vacunas antes mencionadas o corre el riesgo de ser excluido de la escuela.

Las vacunas obligatorias para el ingreso escolar, 7° grado y 12° grado siguen siendo obligatorias cada año escolar posterior.

Estos requisitos permiten las siguientes exenciones: motivos médicos, creencia religiosa o firme convicción filosófica, moral o ética. Incluso si su hijo está exento de la vacunación, podría ser excluido de la escuela durante un brote de una enfermedad evitable mediante vacunas.





Northern Lehigh School District

Formulario De Examen Medico

Estimados Padres / Tutores:

La Ley de salud escolar de Pensilvania requiere un examen médico de cada estudiante que ingresa a la escuela por **primera vez en jardín de infantes, sexto grado y undécimo grado.**

La Ley le da la opción de que el médico de la escuela o su médico de familia, por su propia cuenta, le hagan el examen. Debido a que su médico de familia tiene un mejor conocimiento del historial físico anterior del estudiante que el médico de la escuela y está en la mejor posición para recomendar el tratamiento correctivo necesario y administrar las vacunas necesarias, le recomendamos que considere que su médico de familia realice el examen.

Si elige llevar al estudiante a su médico de familia, el Informe del médico de familia adjunto debe devolverse a la escuela antes del 31 de diciembre del año escolar actual. El examen médico privado debe haberse completado no antes del 1 de julio del año escolar anterior.

Si no se completa el examen médico, como lo requiere el Departamento de Salud, y no se presenta la prueba a la enfermera escolar correspondiente, el estudiante puede ser excluido de la escuela.

Si elige que el médico de la escuela realice el examen durante el año escolar, se le informará sobre cualquier condición que requiera la atención de su médico de familia.

****Complete y firme la parte inferior del formulario y devuélvalo a la enfermera de la escuela.****

Sinceramente,

Superintendente de NLSD

(COMPLETA, FIRME Y DEVUELVA ESTA PARTE A LA ENFERMERA ESCOLAR)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

EDIFICIO ESCOLAR: _____ GRADO: _____

ELIGE UNO DE LOS SIGUIENTES:

____ ELIJO QUE MI MÉDICO DE FAMILIA REALICE EL EXAMEN FÍSICO DEL ESTUDIANTE. Fecha del examen por el médico de familia: _____

____ ELIJO QUE EL MÉDICO ESCOLAR REALICE EL EXAMEN FÍSICO DEL ESTUDIANTE Y DOY MI AUTORIZACIÓN AL FIRMAR A CONTINUACIÓN.

Firma del Padre(s)/Tutor(es)

Fecha



pennsylvania
DEPARTMENT OF HEALTH

**Examen físico
PRIVADO O ESCOLAR
DEL ALUMNO EN EDAD ESCOLAR**

PADRE/MADRE/TUTOR/ALUMNO:

Complete la primera página de este formulario antes del examen del alumno. Lleve el formulario completo a la cita.

Oficina de Sistemas de salud comunitarios
División de salud escolar

Nombre del alumno _____ Fecha de hoy _____

Fecha de nacimiento _____ Edad al momento del examen _____ Sexo: Masculino Femenino

Medicamentos y alergias: enumere todos los medicamentos con receta, medicamentos sin receta y suplementos (a base de hierbas/nutricionales) que el alumno toma actualmente:

¿Tiene el alumno alguna alergia? No Sí (Si la respuesta es sí, enumere las alergias y reacciones específicas).

Medicamentos Polen Alimentos Picaduras de insectos

Complete la siguiente sección con una marca en las columnas **SÍ** o **NO**; encierre en un círculo aquellas preguntas cuya respuesta desconoce.

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD:	El alumno:	SÍ	NO
1. ¿Tiene alguna afección médica permanente? Si es así, nómbrela: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infección Otra _____			
2. ¿Alguna vez ha pasado más de una noche internado?			
3. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?			
4. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?			
5. ¿Ha tenido antecedentes de haber nacido sin un riñón, un ojo, un testículo (si es hombre), el bazo o algún otro órgano, o no tiene alguno de estos órganos en la actualidad?			
6. ¿Alguna vez se ha sentido mal mientras hacía ejercicio expuesto al calor?			
7. ¿Ha tenido calambres musculares frecuentes mientras hacía ejercicio?			
CABEZA/CUELLO/COLUMNA VERTEBRAL:	El alumno:	SÍ	NO
8. ¿Ha tenido dolores de cabeza al hacer ejercicio?			
9. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión o contusión en la cabeza?			
10. ¿Alguna vez ha tenido un golpe en la cabeza que le haya causado confusión, dolores de cabeza prolongados o problemas de memoria?			
11. ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento, hormigueo o debilidad en sus brazos o piernas luego de haberse golpeado o caído?			
12. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o piernas luego de haberse golpeado o caído?			
13. ¿Ha notado o se le ha informado que tiene la columna vertebral curvada o con escoliosis?			
14. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos (visión) o antecedentes de lesión en un ojo?			
15. ¿Usa anteojos o lentes de contacto recetados?			
CORAZÓN/PULMONES:	El alumno:	SÍ	NO
16. ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?			
17. ¿Alguna vez ha tenido un diagnóstico médico de problemas de corazón? Si es así, marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Sopleo cardíaco o infección cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Otro _____			
18. ¿Ha recibido el pedido de un médico de realizarse un examen cardíaco? (Por ejemplo, ECG, electrocardiograma).			
19. ¿Ha tenido tos, jadeo, dificultad al respirar, falta de aliento o se ha sentido mareado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?			
20. ¿Ha sentido malestar, dolor, sensación de ahogo u opresión en el pecho durante el ejercicio?			
21. ¿Ha sentido que el corazón se acelera o salta latidos durante el ejercicio?			
HUESOS/ARTICULACIONES:	El alumno:	SÍ	NO
22. ¿Ha tenido una quebradura o fractura, fractura por fatiga o una articulación dislocada?			
23. ¿Ha tenido lesiones en un músculo, ligamento o tendón?			
24. ¿Ha tenido una lesión que requirió aparatos ortopédicos, yeso, muletas o aparatos ortésicos?			
25. ¿Ha necesitado una radiografía, una resonancia magnética, una tomografía computarizada, una inyección o fisioterapia luego de una lesión?			
26. ¿Ha sentido dolor, inflamación, calor o enrojecimiento en articulaciones?			
PIEL:	El alumno:	SÍ	NO
27. ¿Ha tenido sarpullidos, úlceras por presión u otros problemas cutáneos?			
28. ¿Ha tenido herpes o alguna infección cutánea por SARM?			

APARATO GENITOURINARIO:	El alumno:	SÍ	NO
29. ¿Ha tenido dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?			
30. ¿Ha tenido antecedentes de infecciones en el tracto urinario o de orinarse en la cama?			
31. SOLO PARA MUJERES: ¿Ha tenido el período menstrual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí: ¿A qué edad fue su primer período menstrual? _____ ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses? _____ Fecha del último período: _____			
DENTAL:		SÍ	NO
32. ¿Ha tenido algún dolor o problema en las encías o dientes?			
33. Nombre del dentista del alumno: _____ Última visita al dentista: <input type="checkbox"/> menos de 1 año <input type="checkbox"/> entre 1 y 2 años <input type="checkbox"/> más de 2 años			
CONDUCTA SOCIAL/APRENDIZAJE:	El alumno:	SÍ	NO
34. ¿Ha recibido un diagnóstico de discapacidad del aprendizaje, discapacidad intelectual o del desarrollo, retraso cognitivo, TDA/TDAH, etc.?			
35. ¿Ha sido víctima de intimidación o ha experimentado comportamientos relacionados con la intimidación?			
36. ¿Ha experimentado sufrimiento, trauma u otros acontecimientos de vida importantes?			
37. ¿Ha mostrado cambios importantes en su comportamiento, sus relaciones sociales, sus calificaciones, sus hábitos de alimentación o de sueño, o se ha mostrado introvertido con familiares o amigos?			
38. ¿Ha estado preocupado, triste, disgustado o enojado la mayor parte del tiempo?			
39. ¿Ha mostrado pérdida general de energía, motivación o entusiasmo?			
40. ¿Ha tenido inquietudes sobre el peso; ha tratado de aumentar o bajar de peso, o ha recibido una recomendación de subir o bajar de peso?			
41. ¿Ha consumido (o consume actualmente) tabaco, alcohol o drogas?			
SALUD FAMILIAR:		SÍ	NO
42. ¿Existen antecedentes familiares de las siguientes enfermedades? Si es así, marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Anemia/trastornos sanguíneos <input type="checkbox"/> Enfermedades/síndromes hereditarios <input type="checkbox"/> Asma/problemas pulmonares <input type="checkbox"/> Problemas de riñón <input type="checkbox"/> Problemas de salud conductual <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Rasgo drepanocítico o anemia drepanocítica Otra _____			
43. ¿Existen antecedentes familiares de alguno de los siguientes problemas cardíacos? Si es así, marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Síndrome de Brugada <input type="checkbox"/> Síndrome de QT <input type="checkbox"/> Miocardiopatía <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Taquicardia ventricular <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Otro _____			
44. ¿Algún familiar ha sufrido desmayos o convulsiones sin explicación, o ahogamiento inminente?			
45. ¿Algún familiar/paciente ha muerto de problemas cardíacos antes de los 50 años de edad o ha sufrido una muerte súbita inesperada/sin explicación antes de los 50 años de edad (incluido ahogamiento, accidentes automovilísticos sin explicación, síndrome de muerte súbita infantil)?			
PREGUNTAS O INQUIETUDES		SÍ	NO
46. ¿Existen preguntas o inquietudes que el alumno, padre, madre o tutor quisieran analizar con el proveedor de atención médica? (Si la respuesta es sí, escríbalas en la página 4 de este formulario).			

Por el presente, certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para el intercambio de información médica entre el personal de enfermería de la escuela y los proveedores de atención médica.

Firma del Padre/Madre/Tutor/Alumno emancipado _____ Fecha _____

Adapted in part from the *Pre-participation Physical Evaluation History Form*; ©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

STUDENT'S HEALTH HISTORY (page 1 of this form) REVIEWED PRIOR TO PERFORMING EXAMINATION: Yes No

Physical exam for grade: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	CHECK ONE			*ABNORMAL FINDINGS / RECOMMENDATIONS / REFERRALS
	NORMAL	* ABNORMAL	DEFER	
Height: inches				
Weight: pounds				
BMI:				
BMI-for-Age Percentile: %				
Pulse:				
Blood Pressure: (/)				
Hair/Scalp				
Skin				
Eyes/Vision Corrected <input type="checkbox"/>				
Ears/Hearing				
Nose and Throat				
Teeth and Gingiva				
Lymph Glands				
Heart				
Lungs				
Abdomen				
Genitourinary				
Neuromuscular System				
Extremities				
Spine (Scoliosis)				
Other				

TUBERCULIN TEST	DATE APPLIED	DATE READ	RESULT/FOLLOW-UP

MEDICAL CONDITIONS OR CHRONIC DISEASES WHICH REQUIRE MEDICATION, RESTRICTION OF ACTIVITY, OR WHICH MAY AFFECT EDUCATION
 (Additional space on page 4)

Parent/guardian present during exam: Yes No

Physical exam performed at: Personal Health Care Provider's Office School Date of exam _____

Print name of examiner _____

Print examiner's office address _____ Phone _____

Signature of examiner _____ MD DO PAC CRNP

HEALTH CARE PROVIDERS: Please photocopy immunization history from student's record – OR – insert information below.

IMMUNIZATION EXEMPTION(S):

Medical Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____
 Medical Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____
 Medical Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____

NOTE: The parent/guardian must provide a written request to the school for a religious or philosophical exemption.

VACCINE	DOCUMENT: (1) Type of vaccine; (2) Date (month/day/year) for each immunization				
	1	2	3	4	5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (child) Type: DTaP, DTP or DT					
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (adolescent/adult) Type: Tdap or Td					
Polio Type: OPV or IPV					
Hepatitis B (HepB)					
Measles/Mumps/Rubella (MMR)					
Mumps disease diagnosed by physician <input type="checkbox"/>	Date: _____				
Varicella: Vaccine <input type="checkbox"/> Disease <input type="checkbox"/>					
Serology: (Identify Antigen/Date/POS or NEG) i.e. Hep B, Measles, Rubella, Varicella					
Meningococcal Conjugate Vaccine (MCV4)					
Human Papilloma Virus (HPV) Type: HPV2 or HPV4					
Influenza Type: TIV (injected) LAIV (nasal)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Haemophilus Influenzae Type b (Hib)					
Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) Type: 7 or 13					
Hepatitis A (HepA)					
Rotavirus					
Other Vaccines: (Type and Date)					



Northern Lehigh School District

Forma Dental

Estimados Padres / Tutores:

La Ley de salud escolar de Pensilvania requiere un examen dental de cada estudiante que ingresa a la escuela por **primera vez en jardín de infantes, tercer grado, séptimo grado.**

La ley le da la opción de que el examen lo realice el dentista de la escuela o el dentista de su familia, a su cargo. Debido a que su dentista familiar tiene un mejor conocimiento del historial dental anterior del estudiante que el dentista de la escuela y está en la mejor posición para recomendar el tratamiento correctivo necesario, le recomendamos que considere que su dentista familiar realice el examen.

Si decide llevar a su hijo al dentista familiar, el Informe del Dentista Familiar adjunto debe devolverse a la escuela antes del 31 de diciembre del año escolar en curso. El examen dental privado debe haberse completado no antes del 1 de julio del año escolar anterior.

Si no se completa el examen dental, como lo requiere el Departamento de Salud, y no se presenta la prueba a la enfermera escolar correspondiente, el estudiante puede ser excluido de la escuela.

Si elige que el médico de la escuela realice el examen durante el año escolar, se le informará sobre cualquier condición que requiera la atención de su dentista familiar.

****Complete y firme la parte inferior del formulario y devuélvalo a la enfermera de la escuela.****

Sinceramente,

Superintendente de NLSD

(COMPLETA, FIRME Y DEVUELVA ESTA PARTE A LA ENFERMERA ESCOLAR)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

EDIFICIO ESCOLAR: _____ GRADO: _____

ELIGE UNO DE LOS SIGUIENTES:

ELIJO QUE MI DENTISTA FAMILIAR REALICE EL EXAMEN DENTAL DEL ESTUDIANTE.

Fecha del examen por el dentista familiar: _____

ELIJO QUE EL DENTISTA DE LA ESCUELA REALICE EL EXAMEN DENTAL DEL ESTUDIANTE Y DOY MI AUTORIZACIÓN CON MI FIRMA A CONTINUACIÓN.

Firma del Padre(s)/Tutor(es)

Fecha

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA
DEPARTMENT OF HEALTH

**PRIVATE DENTIST REPORT
OF DENTAL EXAMINATION OF A PUPIL OF SCHOOL AGE**

NAME OF SCHOOL _____ DATE _____ 20__

NAME OF CHILD			AGE	SEX	GRADE	SECTION/ROOM
Last	First	Middle		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

ADDRESS

No. and Street City or Post Office Borough/Township County State Zip

REPORT OF EXAMINATION

	TOOTH CHART																
	RIGHT								LEFT								
UPPER	1	2	3	4 A	5 B	6 C	7 D	8 E	9 F	10 G	11 H	12 I	13 J	14	15	16	Upper
LOWER	32	31	30	29 T	28 S	27 R	26 Q	25 P	24 O	23 N	22 M	21 L	20 K	19	18	17	Lower
UPPER																	Upper
LOWER																	Lower

Is The Child Under Treatment? Yes No

Treatment Completed Yes No

Date of Dental Examination

Signature of Dental Examiner

Print Name of Dental Examiner

Address

NEW
 CHANGE
 

Northern Lehigh School District
 1201 Shadow Oaks Lane • Slatington, PA 18080
 (P): 610-767-9846 • (F): 610-767-9809
 (E): transportation@nlsd.org



SOLICITUD DE TRANSPORTACIÓN

Nombre de Estudiante: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Grado: _____

NLSD Edificio: Peters Elem Slatington Elem NL Middle School NL High School Otra

Dirección de Casa del Estudiante: _____

Nombre de los Padre(s)/Tutores: _____

Correo Electrónico de los Padre(s)/Tutores: _____

Padre(s) / Tutores Casa Trabajo Cell# _____

La Solicitud de Transporte es para:

La Mañana Y La Tarde
 SOLO La Mañana
 SOLO La Tarde

Otro Parada Dirección/Ubicación Solicitado si no es domicilio Guardería Niñera Otro

Fecha de Inicio Solicitada _____ Fecha de Finalización: _____

Nombre/Relación/Número de Teléfono (celular) de la Persona Principal que espera el autobús: _____

*El Distrito Escolar de Northern Lehigh **requiere tres (3) días hábiles después de que el Departamento de Transporte reciba el formulario de solicitud** para actualizar las listas requeridas necesarias y establecer los arreglos de transporte adecuados. Agregar nuevas paradas puede requerir días adicionales debido a la evaluación de la seguridad de la ubicación de la parada, el ajuste de la ruta y la comunicación adecuada del cambio a todos los estudiantes afectados. El formulario completado se puede devolver al edificio de la escuela del estudiante o enviarse por correo electrónico a transportation@nlsd.org.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____



****Sólo para uso de oficina****

Add Change Remove From:

Bus # _____ (AM) Pickup Time _____ Bus # _____

Location _____

Bus # _____ (PM) Drop off Time _____

Location _____

Approved by _____

Effective date: _____

>> **LOS PADRES/TUTORES DE KINDERGARTEN DEBEN COMPLETAR ESTE LADO DEL FORMULARIO** <<

A los estudiantes de Kindergarten del Distrito Escolar de Northern Lehigh no se les permitirá salir del autobús en su parada de autobús designada a menos que un padre/tutor o otra persona autorizada que se indica a continuación esté presente para recibir al niño. Para la seguridad del estudiante, los estudiantes de kindergarten de NL serán devueltos al programa Y-Care en Peters Elementary. La escuela se comunicará con el padre/tutor para que recoja al estudiante en Peters Elementary.

Los estudiantes de intervención temprana, los estudiantes de Kindergarten de escuelas no-públicas o chárter tampoco serán permitidos a salir del autobús en su parada de autobús designada a menos que un padre o otra persona autorizada que se indica a continuación esté presente para recibir al estudiante. Para la seguridad del estudiante, será devuelto a su escuela.

Las siguientes personas están autorizadas para reunirse:

(Nombre de Estudiante)

NOMBRE	Dirección/Número de Teléfono	Relación con el estudiante

Todas las personas autorizadas enumeradas deben proporcionar una identificación con foto al conductor del autobús cuando lo solicite. Las adiciones o cambios a su lista de personas autorizadas solo se pueden realizar a través de la Oficina del Distrito - Departamento de Transporte llamando al 610-767-9846 o enviando un correo electrónico a transportation@nlsd.org. **NOTA: Los conductores de autobús no tienen la autoridad para hacer cambios y no pueden aceptar notas.** Las reglas y regulaciones detalladas del autobús se incluyen en su manual del estudiante o se enumeran en la Política de transporte en www.nlsd.org.



Northern Lehigh School District

Transportation Department 610-767-9846 / 610-767-7706

1201 Shadow Oaks Lane • Slatington, Pa • 18080

****CONFIDENCIAL****

CONTACTO DE EMERGENCIA DE TRANSPORTE / FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

► This form is used for TRANSPORTATION ONLY ◀

****POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA****

Información de Contacto de Emergencia Para el Estudiante

_____		_____ <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro:	
Apellido del Estudiante	Primer	Segundo	Fecha de Nacimiento Identifica como _____
_____		_____	
Nombre del Padre/Madre/Tutor		Nombre del Padre/Madre/Tutor	
_____ / _____		_____ / _____	
Teléfono: <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo (marque todo que corresponda)		Teléfono: <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo (marque todo que corresponda)	
_____		_____	
Dirección		Dirección	
_____		_____	
Ciudad, Estado, Código Postal		Ciudad, Estado, Código Postal	
_____		_____	
Empleador		Empleador	
_____		_____	
Correo Electrónico		Correo Electrónico	
_____		_____	

INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Lista de alergias/problemas crónicos que el conductor debe tener en cuenta: (i.e. Alergias, Asthma, Diabetes)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Indique los Medicamentos que el Estudiante está Tomando ACTUALMENTE

_____	_____
Nombre del Médico/Pediatra del Estudiante	Teléfono del Médico/Pediatra del Estudiante

PERMISO PARA LIBERAR FORMULARIO DE EMERGENCIA

Doy permiso para que este formulario médico de emergencia se entregue a los conductores de camionetas/ autobuses y Respondedores de emergencia.

Nombre/Firma del Padre o Tutor en letra de imprenta

Fecha

NOTA: EL FORMULARIO ES VÁLIDO PARA EL AÑO ESCOLAR ACTUAL Y VENCE AL FINAL DEL AÑO ESCOLAR.



NORTHERN LEHIGH SCHOOL DISTRICT

Encuesta del Idioma en el Hogar

TODOS los estudiantes recién registrados, independientemente de su raza, nacionalidad o idioma de origen, DEBEN completar este formulario. La ley federal exige que todas las agencias de educación locales (LEAs) utilizan un procedimiento imparcial para identificar qué estudiantes son posibles estudiantes de inglés (ELs) a fin de proporcionar programas y servicios educativos de instrucción de idiomas apropiados. Dada esta responsabilidad, las LEA tienen derecho a solicitar la información contenida en este y otros formularios asociados con el proceso de identificación.

Información del Estudiante (Los Padres/Tutores deben completar esta sección):

Primer Nombre del Estudiante: _____

Apellido del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____
(Mes / Día / Año)

Preguntas para Padres o Tutores:

1. Se habla otro idioma además del inglés en casa del estudiante? No Sí

(En caso afirmativo, especificar idioma): _____

2. Se comunica su hijo/a en un idioma que no sea inglés? No Sí

(En caso afirmativo, especificar idioma): _____

3. Cuál es el idioma que su hijo/a aprendió a hablar por primera vez? _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Intérprete proporcionado: No Sí



Northern Lehigh School District Centralized Registration

1201 Shadow Oaks Lane • Slatington, PA 18080
(P): 610-767-9800 Ext. 1004 • (F): 610-767-9826
Email: Enrollment@nlsd.org

Autorización Para la Liberación de Registros a:

<input type="checkbox"/> Peters Elementary 4055 Friedens Rd Slatington, Pa 18080 (E): PERegistration@nlsd.org (P): 610-767-9827 (F): 610-767-9857	<input type="checkbox"/> Slatington Elementary 1201 Shadow Oaks Ln Slatington, Pa 18080 (E): SERegistration@nlsd.org (P): 610-767-9821 (F): 610-767-9808	<input type="checkbox"/> NL Middle School 600 Diamond St Slatington, Pa 18080 (E): MSRegistration@nlsd.org (P): 610-767-9812 (F): 610-767-9850	<input type="checkbox"/> NL High School 1 Bulldog Ln Slatington, Pa 18080 (E): HSRegistration@nlsd.org (P): 610-767-9837 (F): 610-767-9853
---	--	--	--

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Por la presente, autorizo la liberación de registros educativo, médico y de información de salud con respecto al estudiante mencionado anteriormente al Distrito Escolar de Northern Lehigh de:

Escuela anterior/Médico o Nombre de la Entidad: _____

Dirección: _____

Teléfono # _____ Fax # _____

****Los siguientes documentos se solicitan INMEDIATAMENTE para continuar con la tramitación de la inscripción inicial. Por favor envíe un correo electrónico a ENROLLMENT@NLSD.ORG o si es necesario, envíe un fax a: 610-767-9826**

Por favor libere todos los registros que se aplican al estudiante al edificio de NLSD marcado arriba:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento / Documentación de Fecha de Nacimiento | <input type="checkbox"/> Transcripciones / Boletas de Calificaciones |
| <input type="checkbox"/> Vacunas / Registros Médicos | <input type="checkbox"/> Registros de Disciplina |
| <input type="checkbox"/> Registros Académicos | <input type="checkbox"/> Planes Individuales de Educación |
| <input type="checkbox"/> Puntuaciones de Exámenes Estandarizados (i.e: PSSA's, KEYSTONES) | <input type="checkbox"/> IEP / NOREP / ER / RR |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de Cociente Intelectual | <input type="checkbox"/> GWR / GIEP / NORA |
| <input type="checkbox"/> Registros de Asistencia | <input type="checkbox"/> Acuerdo de Servicio de la Sección 504 |
| | <input type="checkbox"/> Cualquier otro registro educativo pertinente |

Entiendo y reconozco que para proteger la confidencialidad limitada de los registros, mi consentimiento para obtener o divulgar información es necesario y que este consentimiento se limita a los fines y a la persona mencionada anteriormente y tendrá vigencia por un (1) año después de la fecha de mi firma, a menos que se especifique lo contrario. También entiendo que este consentimiento es revocable, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas al respecto.

(Firma del Padre / Tutor)

(Fecha)

SÓLO PARA USO DE OFICINA

NLSD ID # _____ PA SECURE ID # _____ DATE _____ INITIALS: _____

