

# Lindenwold Public School District

## Preschool to Grade 4

### Paquete de registro

(SPANISH)

**PREESCOLAR SOLAMENTE**: Los residentes de Lindenwold que estén interesados en inscribir a sus hijos de tres y/o cuatro años en el programa preescolar integrado de cinco días y sin costo de matrícula de las Escuelas Públicas de Lindenwold pueden inscribirse en una próxima lotería para a asiento en nuestro programa 2024-2025. La **FECHA LÍMITE** para registrarse en la lotería de preescolar es a las 4 p.m. del 1 de mayo de 2024.

Los estudiantes seleccionados en la lotería serán notificados antes del 8 de mayo de 2024. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en [www.lindenwold.k12.nj.us](http://www.lindenwold.k12.nj.us) y seleccione Registro preescolar y Información de la lotería en la página de registro central del distrito. Solo necesitará **COMPLETAR** este paquete, junto con la Prueba de residencia y los formularios médicos si es seleccionado en la lotería para un asiento de preescolar en el año escolar 2024-2025.

Distrito Escolar Público de Lindenwold  
PASOS PARA LA MATRÍCULA CENTRALIZADA

1. Por favor contacte a Vanessa Rivera para agendar una cita de grados K-12, @ (856) 784-4071 ext. 3126 ó [vrivera@Lindenwold.k12.nj.us](mailto:vrivera@Lindenwold.k12.nj.us)
  - **Para inscripciones preescolares:** por favor comuníquese con Nora Franco @ (856) 783-1499 ext. 6000 ó [nfranco@Lindenwold.k12.nj.us](mailto:nfranco@Lindenwold.k12.nj.us)
2. **Antes** de su cita por favor complete la aplicación de pre-registro ubicada en la página web del Distrito Escolar de Lindenwold @ [www.lindenwold.k12.nj.us](http://www.lindenwold.k12.nj.us)

En el lado derecho de la página principal por favor haga clic en  
[Central Registration Link](#)

**Las citas de inscripción PREESCOLAR se llevarán a cabo en:**

**Edificio Preescolar**

100 South Avenue  
Lindenwold, NJ 08021  
(856) 783-1499 ext. 6000

**Horas de inscripción:**

**lunes-viernes (con cita)**  
9:30 - 11:30am & 1:00 - 3:00pm

**Las citas de inscripción de K-12° grado se llevarán a cabo en:**

**Edificio de administración**

801 Egg Harbor Road  
Lindenwold, NJ 08021  
(856) 784-4071 ext. 3126

**Horas de inscripción:**

**lunes-viernes (con cita)**  
9:30 - 11:30am & 1:00 - 3:00pm

**Documentos requeridos para la inscripción:**

- Paquete de inscripción (**\*debe ser completado antes de su cita de registro**)
- Partida de Nacimiento original del estudiante(s) O/ documento de corte del foster
- ID del padre / tutor legal
- Tarjeta de transferencia y grados (transcripciones—para estudiantes de secundaria)
- Copia del IEP (educación especial)—si es aplicable
- Cartilla de Vacunas
- Examen Físico
- Forma dental (**SOLAMENTE Kínder**)
- **3 comprobantes al corriente (1 primario y 2 secundarios) de domicilio con el nombre de padres/tutor**
  - **PRIMARIO:** Contrato vigente de Renta/factura de hipoteca/factura de impuestos/papeles de compra
  - **SECUNDARIO:** 2 facturas de servicios dentro de los últimos 30 días (electricidad, gas, agua, cable, internet, ó ID con dirección actual, etc.)

## INFORMACIÓN PRELIMINAR: POR FAVOR LEA ANTES DE CONTINUAR

**Las preguntas formuladas en las siguientes páginas nos permitirán determinar la elegibilidad de su estudiante para que asista a una escuela en este distrito de acuerdo con la ley de Nueva Jersey. Sírvase tomar en cuenta que N.J.S.A. 18A:38-1 y N.J.A.C. 6A:22 requieren que se proporcione una educación pública gratuita a los estudiantes entre las edades de 5 y 20 años y a ciertos estudiantes menores de 5 años y mayores de 20 años, conforme se especifica en otra ley pertinente, quienes están:**

- Domiciliados en el distrito, por ejemplo, el hijo de padres o tutor legal, o un estudiante adulto, cuya vivienda permanente está ubicada dentro del distrito. Una vivienda es permanente cuando los padres, tutor legal, o estudiante adulto tienen la intención de regresar a ella cuando están ausentes y no tienen la intención actual de mudarse, a pesar de la existencia de viviendas o residencias en otros lugares.
- Viviendo con una persona, que no sean los padres o tutor legal, quienes están domiciliado en el distrito y están manteniendo a estudiante sin compensación, como si fuera su propio hijo(a), porque los padres no pueden mantenerlo(a) debido a dificultades familiares o económicas.
- Viviendo con una persona domiciliada en el distrito que no sean los padres o tutor legal, cuando uno de los padres/tutor legal es miembro de la Guardia Nacional de Nueva Jersey o componente de la reserva de las fuerzas armadas de Estados Unidos y ha sido ordenado al servicio militar activo en las fuerzas armadas de Estados Unidos en tiempo de guerra o de emergencia nacional.
- Viviendo con padres o tutor legal quienes están temporalmente viviendo en el distrito.
- El hijo(a) de padres o tutor legal quienes se mudan a otro distrito como resultado de haberse quedado sin hogar.
- Colocado en la vivienda de un residente del distrito por orden judicial, conforme a N.J.S.A. 18A:38-2.
- El hijo(a) de padres o tutor legal que residieron anteriormente en el distrito pero es un miembro de la Guardia Nacional de Nueva Jersey o componente de la reserva de las fuerzas armadas de Estados Unidos y ha sido ordenado al servicio militar activo en tiempo de guerra o de emergencia nacional, dando como resultado la reubicación del estudiante, conforme a N.J.S.A. 18A:38-3(b).
- Residiendo en una propiedad federal dentro del estado, según N.J.S.A. 18A:38-7.7 y siguientes.

*Notar que “tutor legal” quiere decir una persona a quien un tribunal de jurisdicción competente ha concedido la tutela o custodia de un(a) menor, siempre que la orden de custodia residencial otorgue derecho al niño(a) para que asista a la escuela en el distrito escolar del custodio residencial, sujeto a una presunción refutable de que el niño está viviendo actualmente con tal tutor; también quiere decir el Departamento de Menores y Familias para los fines de N.J.S.A. 18A:38-1(e). También notar que un estudiante tiene derecho a asistir a la escuela en el distrito de domicilio a pesar de que el estudiante está calificado para asistir a la escuela en un distrito diferente como un estudiante “de afidávit” o residente temporal.*

*Notar que lo siguiente **no** afecta la elegibilidad de un estudiante para matricularse en la escuela:*

- Condición física de la vivienda, o cumplimiento de ordenanzas locales de vivienda, o términos del contrato de alquiler.
- Estado de inmigración/visa, a excepción de estudiantes que tienen o desean conseguir una visa (F-1) emitida específicamente con el propósito de estudio limitado con pago de pensión, en una escuela secundaria pública de Estados Unidos.
- Ausencia de una copia certificada de partida de nacimiento u otra prueba de identidad de estudiante, aunque éstas deben proporcionarse dentro de los 30 días de la inscripción inicial de conformidad con NJSA 18A: 36-25,1.
- Ausencia de información médica de estudiante, aunque la asistencia actual a la escuela puede diferirse según sea necesario, de conformidad con normas relativas a la inmunización de los estudiantes, NJAC 8: 57 a 4,1 y siguientes.
- Ausencia de records educativos previos de estudiante, aunque la colocación educativa inicial de estudiante puede estar sujeta a revisión tras la recepción de sus records o una nueva evaluación por parte del distrito.

**Las siguientes formas de documentación pueden demostrar elegibilidad de un estudiante para ser matriculado en el distrito. La documentación especial necesaria para demostrar elegibilidad bajo disposiciones específicas de ley será indicada en la sección correspondiente del formulario de inscripción.**

- Recibos de impuestos de propiedad, escrituras, contratos de venta, arrendamientos, hipotecas, cartas firmadas por los propietarios, y otras evidencias de propiedad, alquiler, o residencia.
- Registros de votantes, licencias, permisos, información de cuentas financieras, facturas de servicios públicos, recibos de entrega, y cualquier otra evidencia de vinculación personal a una localidad en particular.
- Órdenes judiciales, contratos de agencias del Estado y cualquier otra evidencia de colocaciones de la corte o agencias, o directivas.
- Recibos, facturas, cheques cancelados y cualquier otra evidencia de gastos que demuestren vinculación personal a una localidad en particular, o, cuando sea aplicable, para mantener al estudiante.
- Informes médicos, evaluaciones de consejero(a) o asistente(a) social, documentos de trabajo, declaraciones de beneficios, y cualquier otra evidencia de circunstancias que acrediten, cuando sea aplicable, dificultades económicas o familiares, o residencia temporal.
- Declaraciones juradas, certificaciones y atestados jurados referentes a criterios legalmente establecidos para la asistencia escolar, de los padres, tutor, persona que guarde un "estudiante afidávit," estudiante adulto, persona (s) con quienes una familia está viviendo, u otros según el caso.
- Documentos referentes a condición y asignación militar.
- Cualquier record de negocios o documento emitido por una entidad gubernamental.
- Cualquier otra forma de documentación adecuada para demostrar el derecho a asistir a la escuela.

La totalidad de información y documentación que usted presente será tomada en consideración para la evaluación de su solicitud y, a menos que sea expresamente requerido por ley, al estudiante no se le negará la matrícula basados en su imposibilidad de proporcionar cierta forma(s) de documentación cuando otra evidencia aceptable es presentada.

A usted *no* se le pedirá ninguna información o documento protegido por ley, o en relación con criterios que no son bases legítimas para determinar la elegibilidad para asistir a la escuela. Usted puede presentar *voluntariamente* cualquier documento o información que considere que ayudará a establecer que el estudiante cumple con los requisitos de ley para tener derecho a asistir a la escuela en el distrito, pero *nosotros no podemos, directa o indirectamente, exigirlos o solicitarlos*:

- Declaración de impuestos.
- Documentación/información relacionada con ciudadanía o estatus de inmigración/visa, a menos que el estudiante tenga o desee conseguir una visa F-1.
- Documentación/información relacionada con el cumplimiento de ordenanzas de vivienda locales o condiciones de arrendamiento.
- Números de sus tarjetas de Seguridad Social.

**Por favor tenga en cuenta que cualquier determinación inicial sobre la elegibilidad del estudiante para asistir a la escuela en este distrito está sujeta a una revisión más completa y a una re-evaluación posterior, y que la matrícula puede ser evaluada en caso que un estudiante que inicialmente fue admitido se encuentre más tarde inelegible. Si el estudiante es encontrado inelegible, ahora o más adelante, se le proporcionará las razones de nuestra decisión e instrucciones sobre cómo apelar.**



**DISTRITO ESCOLAR PÚBLICO DE LINDENWOLD**  
**Cuestionario de Residencia de Estudiantes Inscritos/Verificación**

**Nombre de Estudiante:** \_\_\_\_\_

De acuerdo con la ley del estado de Nueva Jersey (NJSA 18A:38-1 y 18A:7B-12), es necesario determinar la residencia de los estudiantes que entran a nuestro distrito escolar.

**Por favor indique cual situación describe mejor la residencia ACTUAL del estudiante:**

\_\_\_\_\_ 1. Estudiante vive con padres/tutor legal en su propia casa o apartamento (alquilado o propio).  
**(Elección #1; también por favor complete la siguiente página: Información de Residencia: PERMANENTE)**

\_\_\_\_\_ 2. Estudiante fue colocado en un \_\_\_\_\_ Hogar Sustituto ó \_\_\_\_\_ Hogar de Grupo/de Tratamiento por DCP&P (División de Protección y Permanencia de Menores) o agencia similar

Trabajador/a del caso: \_\_\_\_\_ Núm. de Tel: \_\_\_\_\_  
**(Elección #2; también por favor complete la siguiente página: Información de Residencia: PERMANENTE)**

\_\_\_\_\_ 3. Estudiante vive con padres/tutor legal/solo, en el hogar de un(a) pariente o amigo(a) debido a dificultades económicas o una situación de crisis familiar.  
**(Elección #3; también por favor complete: Información de Residencia: Ley McKinney Vento de asistencia a personas sin hogar y la declaración jurada de residencia)**

\_\_\_\_\_ 4. Estudiante vive con padres/tutor legal/solo, en el hogar de un(a) pariente o amigo(a) por elección propia.  
**(Elección #4; también por favor complete: Declaración Jurada de Residencia)**

\_\_\_\_\_ 5. El estudiante es un niño o joven no acompañado que cumple con la definición de la Ley McKinney Vento y no está bajo la custodia física de un padre o tutor  
**(Elección #3; también por favor complete: Información de Residencia: Ley McKinney Vento de asistencia a personas sin hogar y la declaración jurada de residencia)**

Firma de Padres/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Nota: El estatus de inmigración/visa no afectará la elegibilidad para asistir a la escuela. Cualquier estudiante domiciliado en el distrito escolar o elegible de otra manera para asistir a la escuela ahí, de conformidad con la ley N.J.A.C. 6A:22-3.2 deberá ser matriculado sin tener en cuenta, o hacer preguntas sobre su estatus migratorio.

# DISTRITO ESCOLAR PÚBLICO DE LINDENWOLD

## Información de Residencia: PERMANENTE

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ declaro bajo juramento que lo siguiente es verdad:

1. El \_\_\_\_\_ me mudé al municipio de Lindenwold, en el estado de Nueva Jersey.
2. Mi dirección es: \_\_\_\_\_ y estaré residiendo aquí en base **permanente** con estudiante arriba mencionado(a).
3. Soy \_\_\_ madre \_\_\_ padre \_\_\_ tutor legal de estudiante arriba mencionado(a) y él/ella vive conmigo en la dirección indicada en el Punto 2.
4. No soy la madre, padre, ni tutor legal pero este estudiante está viviendo conmigo porque \_\_\_\_\_
5. A fin de documentar la validez de este arreglo de vivienda, estoy proporcionando a la Junta Directiva de Educación de Lindenwold una copia de mi actual factura del impuesto a la propiedad, papeles de mi hipoteca, contrato de alquiler, o declaración jurada del propietario Y **dos pruebas** de residencia de la siguiente lista:  
\_\_\_\_ Licencia de conducir válida o tarjeta de registro electoral con nombre y dirección correctos.  
\_\_\_\_ Recibo actual de servicios públicos con nombre y dirección correctos.  
\_\_\_\_ Acuerdos con agencias estatales y otra evidencia judicial o de una agencia, sobre colocación de menores  
\_\_\_\_ Otra anotada aquí \_\_\_\_\_

Otras formas de documentación aceptadas – por favor lea la hoja de Información Preliminar o comuníquese con Abby Ramirez, Registradora Central en el tlf. (856) 784-4071 extensión 3126 para informarse.

**Si los padres del estudiante viven en distritos diferentes, independientemente de cuál de ellos tenga su custodia, por favor conteste las siguientes preguntas:**

6. ¿Hay una orden judicial o acuerdo por escrito entre los padres designando un distrito escolar? si es así, ¿a qué escuela requiere que el estudiante asista? (se le pedirá que proporcione una copia de este documento) \_\_\_\_\_
7. ¿El estudiante reside con uno de sus padres durante todo el año? Si es así, ¿con cuál de sus padres y en qué dirección? \_\_\_\_\_  
Si no, ¿qué parte del año el estudiante vive con cada padre y en qué dirección?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PADRES: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta

Firma

\*\*\*\*\*

Witnessed on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

Print Name (Witness)

Signature of Witness



**LINDENWOLD PUBLIC SCHOOL DISTRICT (Distrito Escolar Público de Lindenwold)**  
**RESIDENCY AFFIDAVIT (Declaración Jurada de Residencia)**

I, \_\_\_\_\_, am currently residing at the following  
Lindenwold Resident (Yo, residente de Lindenwold)                      (,estoy residiendo en la siguiente

address: \_\_\_\_\_  
dirección:)

**The following people currently reside with me (las siguientes personas actualmente residen conmigo):**

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian (padre/madre/tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian (padre/madre/tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Student Name (nombre de estudiante)

\*\*In order to meet the guidelines for registration in this district, I have attached copies of documents verifying my address which is listed above. (A fin de cumplir con los requisitos para la inscripción en este distrito, he adjuntado copias de documentos que verifican mi dirección, la cual aparece arriba.)

\_\_\_\_\_  
Lindenwold Resident's Signature  
(Firma de residente de Lindenwold)

\_\_\_\_\_  
Date  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Parent(s)/Legal Guardian's Signature  
(Firma de padre/madre/tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Date  
(Fecha)

The above individuals appeared before me on this the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_  
(Los individuos arriba mencionados comparecieron ante mí el)                      (día de)

\_\_\_\_\_  
Notary Public (Notario Público)

\*\*Please return this form along with Lindenwold Resident's current Rental/Lease Agreement, tax bill or mortgage statement **AND** 2 additional proofs of residency such as recent utility bill, bank statement, county ID, cell phone bill, etc. (Favor devolver este formato junto con el contrato de alquiler/arrendamiento actual, factura de impuestos o estado de cuenta hipotecario del residente de Lindenwold **Y** 2 pruebas adicionales de residencia reciente como recibo de servicios, estado de cuenta bancario, identificación del condado, cuenta de teléfono celular, etc.)



# Escuelas públicas de Lindenwold

## Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

### Introducción

Esta encuesta es el primero de tres pasos para identificar si un estudiante es elegible para ser estudiante del idioma inglés (ELL).

### Instrucciones

Comience con la "Pregunta 1" y continúe hasta que termine la encuesta. Seleccione una respuesta para cada pregunta y siga las instrucciones. Cuando llegue a la decisión ("Pasar al proceso de revisión de registros" o "No pasar al proceso de revisión de registros"), la encuesta sobre el idioma del hogar quedará finalizada.

### Información sobre el alumno

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Cuestionario

#### Pregunta 1

¿Cuál fue el primer idioma que el alumno utilizó?

- Si otro idioma que no sea el inglés. Pase a la pregunta 2a
- Inglés. Pase a la pregunta 2b

#### Pregunta 2a

En el hogar, ¿el alumno escucha o usa un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?

- Sí. Pase a la pregunta 7
- No. Pase a la pregunta 4

#### Pregunta 2b

En el hogar, ¿el alumno escucha o usa un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?

- Sí. Pase a la pregunta 4
- No. Pase a la pregunta 3

#### Pregunta 3

¿El alumno entiende un idioma que no sea el inglés?

- Sí. Pase a la pregunta 4
- No. Pase al # 9

#### Pregunta 4

Cuando interactúa con sus padres o tutores, ¿el alumno usa otro idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?

- Sí. Pase a la pregunta 7
- No. Pase a la pregunta 5

**CONTINÚE A LA PÁGINA 2**



## Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar (página 2-cont.)

### Pregunta 5

Cuando interactúa con otros cuidadores que no sean sus padres o tutores, ¿el alumno usa otro idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?

-Sí. Pase al # 8

- No. Pase a la pregunta 6

### Pregunta 6

¿El alumno se ha mudado recientemente de otro distrito escolar/escuela experimental donde se lo identificó como estudiante del idioma inglés?

- Sí. Pase al # 8

- No. Pase al # 9

### Pregunta 7

¿Cuáles son los idiomas que se hablan en el hogar? A continuación, haga una lista de estos idiomas y pase al # 8.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**# 8. Pase al paso 2: Proceso de revisión de registros** (Para que complete únicamente personal certificado de NJ – Referencias Guía de ingreso y egreso ESSA ELL, p. 4).

**\*\*La encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar está completa.\*\***

**# 9. No pase al paso 2: Proceso de revisión de registros.**

**\*\* La encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar está completa. El alumno no es estudiante del idioma inglés (ELL)\*\***

# FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DE MEDIOS / INTERNET

**\*\*LLENE ESTA FORMA SOLAMENTE  
SI NO DESEA QUE SU HIJO(A) PARTICIPE\*\***

*"Las Escuelas Públicas de Lindenwold están orgullosas de los muchos logros de nuestros estudiantes. Ya sea que estén involucrados en actividades académicas o sociales, nuestros estudiantes nos enorgullecen. A menudo filmamos y tomamos fotos en estos eventos. Estas fotos y videos se usan para el canal 192 del distrito, la página web de nuestro distrito y otras publicaciones. **Si no desea** que se incluya la imagen de su hijo(a) en estas publicaciones, **debe comunicarse** con nosotros por escrito completando el formulario de política de divulgación de medios que se encuentra en los formularios para devolver el paquete.*

*Nuestra escuela también ofrece una amplia variedad de oportunidades académicas que incluyen el uso de Internet. Muchas de nuestras clases planifican actividades utilizando Internet. Los maestros vigilan atentamente a los estudiantes mientras usan Internet y se configura un firewall para bloquear sitios inapropiados. **Si no desea** que su hijo(a) aproveche esta oportunidad, debe completar el formulario de política de uso de Internet que se encuentra en los formularios para devolver el paquete."*

- NO DESEO TENER LA FOTOGRAFÍA DE MI HIJO(A) O SEMEJANZA APARECEN EN EL SITIO WEB ESCOLAR LINDENWOLD ([WWW.LINDENWOLD.K12.NJ.US](http://WWW.LINDENWOLD.K12.NJ.US)) O EN OTROS MEDIOS.**
  
- HE LEÍDO LA POLÍTICA DE INTERNET Y NO DESEO QUE MI HIJO(A) UTILICE EL INTERNET EN EL DISTRITO ESCOLAR DE LINDENWOLD.**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

GRADO/MAESTRO(A): \_\_\_\_\_

NOMBRE DE MADRE/PADRE: \_\_\_\_\_

FIRMA DE MADRE/PADRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ (El permiso es válido por un período de UN año)

**DISTRITO ESCOLAR PÚBLICO DE LINDENWOLD  
PERMISO PARA RELEVAR TODOS LOS RECORDS DEL ESTUDIANTE**

**Escuela 4 Lindenwold**  
900 E. Gibbsboro Road  
Lindenwold, NJ 08021  
TLFN.: 856-783-0405  
FAX: 856-782-2299

**Escuela 5 Lindenwold**  
550 Chews Landing Road  
Lindenwold, NJ 08021  
TLFN.: 856-784-4063  
FAX: 856-782-2293

**Escuela Intermedia Lindenwold**  
40 White Horse Avenue  
Lindenwold, NJ 08021  
TLFN.: 856-346-3330  
FAX: 856-346-1601

**Escuela Secundaria Lindenwold**  
801 Egg Harbor Road  
Lindenwold, NJ 08021  
TLFN.: 856-741-0320  
FAX: 856-566-6532

**Escuela Preescolar Lindenwold**  
100 South Avenue  
Lindenwold, NJ 08021  
TLFN.: 856-783-1499  
FAX: 856-783-1665

**Depto. de Servicios Especiales Lindenwold**  
801 Egg Harbor Rd.  
Lindenwold, NJ 08021  
TLFN.: 856-784-4071  
FAX: 856-782-2292

**RELEASE OF RECORDS  
RELEVO DE ARCHIVOS**

Escuela Anterior: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la escuela: \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

El/la siguiente estudiante se ha inscrito en el Distrito Escolar de Lindenwold el: \_\_\_\_\_  
fecha

NOMBRE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
*Student's name* *Grade* *DOB*

\* \* \* \* \*

**Les doy mi permiso para que releven todos los Records para el/la estudiante indicado(a) arriba (Nota: Permiso no requerido por los Códigos Administrativos de Nueva Jersey (NJAC por sus siglas en Inglés))**

Tengo entendido que bajo los requisitos federales de *No Child Left Behind* (Que ningún niño se quede atrás), debo ahora también autorizar que releven los records de conducta de mi hijo(a) junto con sus records permanentes, y mi firma abajo indica mi autorización y permiso para relevar dichos records a la escuela arriba mencionada, tan pronto como les sea posible.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

De acuerdo con el Código Administrativo 6:3-2.1 al 2.8 de Nueva Jersey, "Los records obligatorios de los alumnos deberán ser enviados a su nuevo distrito...". Favor enviar el archivo acumulativo, records de salud, notas actualizadas, y cualquier otro record obligatorio del alumno arriba mencionado, tan pronto como sea posible.

## Paquete de información médica

Bienvenidos al Distrito Escolar de Lindenwold. Para asegurarnos que sus hijos permanezcan seguros y saludables durante el año escolar, requerimos la siguiente información el día de la matriculación. *Además, si su hijo o hija, tiene alguna condición de salud crónica, como asma, diabetes, ataques epilépticos, etc., por favor notifique a su enfermera de la escuela lo más pronto posible, ya que se necesitara información adicional.*

**Preescolar de Lindenwold**

Sheila Taney, RN, MSN, CSN  
 School Nurse  
 (856) 783-1499, ext. 6003

**Escuela #4 de Lindenwold**

Lisa Johnson, RN, MSN, CSN  
 School Nurse  
 (856) 783-0405, ext. 4008

**Escuela #5 de Lindenwold**

Marietta Canavan, RN, BSN, CSN  
 School Nurse  
 (856) 784-4063, ext. 5005

**Secundaria de Lindenwold**

Sheila Taney, RN, MSN, CSN  
 School Nurse  
 (856) 346-3330, ext. 2322

**Preparatoria de Lindenwold**

Sara Barry, RN, BSN, CSN  
 School Nurse  
 (856) 741-0320, ext. 1507

**Preschool –Grade 4**

Student's Name:	Grade:
	Confidential Health History
	Medical Questionnaire
	Immunization Record
	PPD Test Needed (Tuberculosis)
	Physical Form
	Blue Card
	Dental Exam ( <b>Kindergarten ONLY</b> )
	Influenza Vaccine Notification ( <b>Preschool ONLY</b> )

**Transf. from:** \_\_\_\_\_ **Notes:** \_\_\_\_\_

# ESCUELAS PÚBLICAS DE LINDENWOLD

MATRÍCULA PARA PREESCOLAR / KINDERGARTEN / PRIMER GRADO A CUARTO GRADO  
ANTECEDENTES MÉDICOS - CONFIDENCIAL

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Sexo:      M      F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres/tutores: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Doctor/ especialista primario: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## I. Embarazo y parto (Escoja una)

- |  |        |       |       |       |
|--|--------|-------|-------|-------|
| 1. ¿La madre padeció alguna enfermedad durante el embarazo con este niño?                                      | Sí     | _____ | No    | _____ |
| 2. ¿Dio a luz en la fecha programada?<br>Si la respuesta es no, explique _____                                 | Sí     | _____ | No    | _____ |
| 3. ¿La madre tuvo algún problema durante el parto?<br>Si la respuesta es sí, explique _____                    | Sí     | _____ | No    | _____ |
| 4. ¿Su niño tuvo algún problema durante el parto o después del parto?<br>Si la respuesta es sí, explique _____ | Sí     | _____ | No    | _____ |
| 5. ¿Su bebé tuvo dificultad para empezar a respirar?   | Sí     | _____ | No    | _____ |
| 6. ¿Su niño tuvo algún problema en el hospital?<br>Si la respuesta es sí, explique _____                       | Sí     | _____ | No    | _____ |
| 7. ¿Cuánto pesó el niño al nacer?  | Libras | _____ | Onzas | _____ |

## II. Familiar/Social

- |  |    |       |    |       |
|--|----|-------|----|-------|
| 5. ¿La madre y el padre gozan de buena salud?  | Sí | _____ | No | _____ |
| 6. ¿Tiene algún familiar con problemas de salud grave que debiéramos conocer?<br>Si ese es el caso, sírvase explicar _____ | Sí | _____ | No | _____ |

## III. Parametros del desarrollo (Ponga la edad o márkelo con una palomita)

- |  |   |
|--|---|
| 1. Se sentó solo _____ meses               | 6. Empezó a vestirse solo _____ años                |
| 2. Empezó a gatear _____ meses             | 7. Empezó a comer solo _____ años                   |
| 3. Empezó a caminar solo _____ meses       | 8. Se amarró los cordones de los zapatos _____ años |
| 4. Dijo las primeras palabras _____ meses  | 9. Empezó a usar el baño por sí solo _____ años     |
| 5. Empezó a hablar en oraciones _____ años |   |

10. ¿Su niño juega con otros niños que no sean sus hermanos/hermanas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

11. ¿Su niño es un niño independiente ? ¿Es tímido ?

12. ¿Qué mano usa su niño para la mayoría de las cosas? Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_ Ambas \_\_\_\_\_

13. ¿Monta triciclo? \_\_\_\_\_ años

14. ¿Tiene alguna inquietud en cuanto a lo siguiente? (Marque con una palomita)

Mal genio \_\_\_\_\_ No le importa nada \_\_\_\_\_ Aguanta la respiración \_\_\_\_\_

Celoso \_\_\_\_\_ Tiene problemas para dormir \_\_\_\_\_ Se chupa el dedo \_\_\_\_\_

Se come las uñas \_\_\_\_\_ Tartamudea \_\_\_\_\_ Comprensión de la dicción \_\_\_\_\_

## IV. Medication

¿El alumno toma algún medicamento en la actualidad? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, diga los medicamentos, las dosis y la razón por la que se los tiene que tomar:

\_\_\_\_\_

Infecciones, enfermedades y otros problemas

Su niño alguna vez:

- |   |    |       |    |       |
|---|----|-------|----|-------|
| 1. ¿Ha tenido más de seis (6) resfriados o infección de garganta en un año? | Sí | _____ | No | _____ |
| 2. ¿Ha tenido más de tres (3) infecciones de los oídos?                     | Sí | _____ | No | _____ |
| 3. ¿Ha tenido problemas de audición?  | Sí | _____ | No | _____ |
| 4. ¿Le han hecho pruebas de audición?                                       | Sí | _____ | No | _____ |
| 5. ¿Ha tenido problemas de la vista?  | Sí | _____ | No | _____ |
| 6. ¿Le han hecho pruebas de la vista?                                       | Sí | _____ | No | _____ |
| 7. ¿Ha tenido algún problema con los dientes?                               | Sí | _____ | No | _____ |
| 8. ¿Ha ido al dentista recientemente?                                       | Sí | _____ | No | _____ |
| 9. ¿Ha tenido problemas para orinar?  | Sí | _____ | No | _____ |
10. Marque con una palomita lo que su niño haya tenido
- |                                 |                                |                                   |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Infección de estreptococo _____ | Fiebre reumática _____         | Defectos del habla _____          |
| Rubeola por diez días _____     | Dolores de cabeza _____        | Se orina en la cama _____         |
| Rubeola por tres días _____     | Pérdida del conocimiento _____ | Problemas para concentrarse _____ |
| Paperas _____                   | Epilepsia _____                | Movilidad anormal _____           |
| Escarlatina _____               | Convulsiones _____             | Hiperactividad _____              |
| Neumonía _____                  | Problemas de la vista _____    | Berrinches _____                  |
| Tos ferina _____                | Falta de coordinación _____    | Agresividad _____                 |
| Varicela _____                  | Pérdida de la audición _____   | Trauma cerebral _____             |
| Conmoción cerebral _____        |                                |                                   |
11. Ha tenido alguna otra enfermedad:  
Si es así, enumérelas \_\_\_\_\_  
¿Ha estado hospitalizado? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
Edad \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_  
Razón \_\_\_\_\_
12. ¿Su niño ha tenido algún accidente grave? Operaciones \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
Si la respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_

Alergias (Marque con una palomita si es aplicable)

- |                   |  |                                |
|-------------------|--|--------------------------------|
| Sibilancias _____ | Problemas de los senos nasales _____   | Urticaria _____                |
| Eczema _____      | Reacción a algún medicamento _____     | Rinitis alérgica _____         |
| Asma _____        | Reacción a picaduras de insectos _____ | Reacción a la penicilina _____ |

Nutrición

Alergias a alimentos: \_\_\_\_\_  
Comidas que le gustan: \_\_\_\_\_ Comidas que no le gustan: \_\_\_\_\_  
Apetito — bueno \_\_\_\_\_ malo \_\_\_\_\_ come muchas golosinas \_\_\_\_\_  
Pérdida o aumento de peso inusual \_\_\_\_\_

Resumen:

¿Hay algo que desea mencionar sobre los hábitos, la salud o la conducta de su niño?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*FIRMA DE LA MADRE/EL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**ESCUELAS PÚBLICAS DE LINDENWOLD**  
Cuestionario Médico

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún alimento, medicamento o picadas de insectos? Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Su niño tiene o tuvo alguno de los siguientes antecedentes? Si la respuesta es sí, ponga el año en que se le presentó el problema.

SÍ	NO		AÑO
_____	_____	¿Perdió el conocimiento al lesionarse?	_____
_____	_____	¿Pérdida considerable de la audición en uno de los oídos o en los dos? Derecho ____ Izquierdo	_____
_____	_____	¿Debilidad o pérdida del conocimiento o exposición al calor?	_____
_____	_____	¿Se ha tenido que parar al correr media milla?	_____
_____	_____	¿Usa anteojos o lentes de contacto cuando juega?	_____
_____	_____	¿Ha tenido alguna lesión grave en los ojos o desprendimiento de la retina?	_____
_____	_____	¿Le han puesto sondas en los oídos o se ha perforado el tímpano?	_____
_____	_____	¿Problemas en los pies/el tobillo, como un esguince o dolor o inflamación recurrente?	_____
_____	_____	¿Dolor recurrente en el hombro? Derecho ____ Izquierdo _____	_____
_____	_____	¿Problemas en las muñecas, como que se la haya torcido, o dolor o inflamación recurrente?	_____
_____	_____	Derecha _____ Izquierda _____	_____
_____	_____	¿Usa dispositivos odontológicos (correctores dentales, retenedores, dientes postizos)?	_____
_____	_____	¿Padece de asma o de algún problema serio de alergias?	_____
_____	_____	¿Problemas de salud, dolor de pecho, palpitaciones?	_____
_____	_____	¿Mareos o desmayos con actividades vigorosas?	_____
_____	_____	¿Desgarro o distensión muscular? Si la respuesta es sí, ¿dónde?	_____
_____	_____	¿Epilepsia?	_____
_____	_____	¿Problemas de tiroides o de las glándulas suprarrenales?	_____
_____	_____	¿Problemas de la piel o erupciones?	_____
_____	_____	¿Dolor de espalda o de cintura o distensión?	_____
_____	_____	¿Presión alta?	_____
_____	_____	¿Lesión de la espina dorsal o el cuello?	_____
_____	_____	Alguna fractura? ¿Dónde?	_____
_____	_____	¿Sangra con facilidad/se le demora en parar?	_____
_____	_____	¿Diabetes?	_____
_____	_____	¿Problemas en las caderas? Derecha _____ Izquierda _____	_____
_____	_____	¿Testículo por bajar o ausente? Derecho _____ Izquierdo _____	_____

Explique cualquier problema de salud serio que tenga \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay antecedentes de muerte súbita en la familia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Enumere todas las hospitalizaciones y/o cirugías \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si el alumno está bajo atención de un médico en la actualidad, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si al alumno le aconsejaron que no participara en actividades físicas por razones médicas, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diga los medicamentos que su niño toma regularmente: \_\_\_\_\_

**Las alumnas**

¿Su niña tiene problemas de irregularidad con la menstruación? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Padece de cólicos menstruales que la deshabilitan? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

- Yo, **SI** le doy \_\_\_\_\_ Yo, **NO** le doy \_\_\_\_\_ permiso a la enfermera de la escuela a compartir información médica si fuera necesario con el personal docente pertinente.
- Yo, por este medio expreso que mis respuestas a las preguntas anteriores son correctas según mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
\*\* Firma de la madre/el padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde de la madre/el padre/tutor

\_\_\_\_\_  
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 <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth ____ / ____ / ____
Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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 ( ) -
<b><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></b>			
Signature/Date _____		This form may be released to WIC. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER			
Date of Physical Examination: _____		Results of physical examination normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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)	_____

<b>IMMUNIZATIONS</b>	<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached <input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: _____
----------------------	---

MEDICAL CONDITIONS		
Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Medications/Treatments • List medications/treatments:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Allergies/Sensitivities • List allergies:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

<input type="checkbox"/> <b><i>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.</i></b>	
Name of Health Care Provider (Print) _____	Health Care Provider Stamp: _____
Signature/Date _____	

# LINDENWOLD PUBLIC SCHOOLS

## KINDERGARTEN DENTAL EXAMINATION

### FORMA DENTAL



A dental exam is required for each child entering kindergarten. All students can achieve and benefit from a healthy mouth. Regular dental examinations, good oral hygiene habits, healthy diets, and modern advances in dental disease prevention and control can benefit everyone. Please return this completed form to the school.

Child's Name \_\_\_\_\_ D.O.B \_\_\_\_\_

#### REPORT OF DENTAL EXAMINATION:

- No dental treatment is necessary at this time
- All necessary dental treatment has been completed
- Treatment is in progress
- A regular preventative care program is recommended

#### Further recommendations:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Signature of Dentist

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Office Stamp

## Escuelas Públicas del Distrito de Lindenwold

### UN RECORDATORIO PARA TODOS LOS PADRES DE LA PREESCOLAR:

De acuerdo con el Departamento de Salud y Servicios para Adultos Mayores de Nueva Jersey:

Niños de 6 meses a 59 meses de edad que asisten a una instalación de preescolar o a un centro de cuidado infantil con licencia **deberán recibir anualmente** por lo menos una dosis de la vacuna de influenza entre el **primero de septiembre y el 31 de diciembre de cada año.**

Por favor asegúrese de que su hijo reciba su vacuna antes del 31 de diciembre y de proveer a la enfermera escolar con el comprobante de la inmunización. Si no está seguro del estado de su hijo o tiene alguna duda, por favor no dude en contactar a la enfermera escolar. **El incumplimiento** de este requisito será motivo para **exclusión de la escuela**. Además, cualquier niño nacido fuera de los Estados Unidos debe haber tenido un PPD (Prueba de Mantoux) para descartar tuberculosis. Esta prueba debe completarse en o antes del primer día de clases.

Gracias por su asistencia con este requisito para asistencia a la escuela.

Sinceramente,

Michelle Westenberger, RN, BSN, CSN  
**Preescolar de Lindenwold**  
Enfermera de la Escuela  
(856) 783-1499, ext. 6003