

Lindenwold Public School District

Middle School – High School

Registration Packet

(SPANISH)

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
 - **Para inscripciones preescolares:** por favor comuníquese con Nora Franco @ (856) 783-1499 ext. 6000 ó 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

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) 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.

MEDICAL INFORMATION PACKET

Welcome to Lindenwold School District. In order to make sure your child stays safe and healthy while in school, we require the following information to be submitted at the time of registration. In addition, *if your child has a chronic health condition, such as asthma, diabetes, seizures, etc, please notify your school nurse immediately, as additional information will be required.*

Lindenwold Preschool

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

Lindenwold School #4

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

Lindenwold School #5

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

Lindenwold Middle School

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

Lindenwold High School

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

Middle School & High School

Student's Name:	Grade:
	Confidential Health History
	Medical Questionnaire
	Immunization Record (NJ A45 required for all in state transfer students)
	PPD Test needed (Tuberculosis)
	Physical Form
	Blue Card

Student is NEW or RETURNING Realtime ID# _____

Transferring from: _____

EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser relleno por el paciente y padre/madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente)

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicamentos y Alergias: Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente

Tienes alergias Sí No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.

Medicamentos Polen Comida Picaduras de insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Pon un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participación en deportes por alguna razón?		
2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identifícala abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otro: _____		
3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital?		
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN	Sí	No
5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio?		
7. ¿Alguna vez has sentido que tu corazón se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio?		
8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro:		
9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, o síndrome de muerte súbita infantil)?		
14. ¿Sufre alguien en tu familia de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado en su corazón?		
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?		
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia (MRI) tomografía, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tabillita, un yeso, o muletas?		
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usas regularmente una tabilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté molestando?		
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas?		
25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

(Por favor, continúe)

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
26. ¿Toses, tienes silbidos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?		
28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?		
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o algún otro órgano?		
30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?		
32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas, u otros problemas en la piel?		
33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?		
34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?		
35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?		
36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?		
37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?		
41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?		
42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo drepanocítico o la enfermedad drepanocítica?		
43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?		
44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?		
45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?		
46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?		
47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?		
49. ¿Estás siguiendo alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de comida?		
50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?		
51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?		

SÓLO PARA MUJERES	Sí	No
52. ¿Has tenido alguna vez el período menstrual?		
53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?		

Explica aquí las preguntas a las que respondiste con un "sí"

Yo por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del atleta _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____

■ **PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION**

**THE ATHLETE WITH SPECIAL NEEDS:
SUPPLEMENTAL HISTORY FORM**

Date of Exam _____

Name _____ Date of birth _____

Sex _____ Age _____ Grade _____ School _____ Sport(s) _____

1. Type of disability		
2. Date of disability		
3. Classification (if available)		
4. Cause of disability (birth, disease, accident/trauma, other)		
5. List the sports you are interested in playing		
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, assistive device, or prosthetic?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or any other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed with a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "yes" answers here

Please indicate if you have ever had any of the following.

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
X-ray evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "yes" answers here

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Signature of athlete _____ Signature of parent/guardian _____ Date _____

NOTE: The preparticipation physical examination must be conducted by a health care provider who 1) is a licensed physician, advanced practitioner nurse, or physician assistant; and 2) completed the Student-Athlete Cardiac Assessment Professional Development Module.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name _____ Date of birth _____

PHYSICIAN REMINDERS

Date of Exam: _____

1. Consider additional questions on more sensitive issues

- Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
- Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
- Do you feel safe at your home or residence?
- Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
- During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
- Do you drink alcohol or use any other drugs?
- Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?
- Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
- Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?

2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5–14).

EXAMINATION		
Height _____	Weight _____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse _____	Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) ^b		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic ^c		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

^aConsider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam. ^bConsider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.

^cConsider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

- Cleared for all sports without restriction
- Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____
- Not cleared
- Pending further evaluation
- For any sports
- For certain sports _____
- Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above--named student and completed the pre-participation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) (print/type) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician, APN, PA _____

■ ■ _PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION_ CLEARANCE FORM

Name _____ Sex M F Age _____ Date of birth _____

- Cleared for all sports without restriction
 Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

- Not cleared
- Pending further evaluation
 - For any sports
 - For certain sports _____
- Reason _____

Recommendations _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies _____

Other information _____

Date of Exam: _____

HCP OFFICE STAMP

SCHOOL PHYSICIAN:

Reviewed on _____
 (Date)

Approved _____ Not Approved _____

Signature: _____

I have examined the above-named student and completed the pre-participation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician, APN, PA _____

Completed Cardiac Assessment Professional Development Module

Date _____ Signature _____

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