

APLICACIÓN SI EL NIÑO TIENE 3 AÑOS Y NO SERÁ DE 4 A 8/1

Estimado futuro padre / tutor preescolar:

Gracias por preguntar cómo un niño califica para el Programa Preescolar del Condado de Boone y cómo funciona el proceso de solicitud.

¿QUIEN es elegible?

Debe residir en el Distrito Escolar del Condado de Boone y cumplir con uno o más de los siguientes criterios:

- Ser financieramente elegible (160% de nivel de pobreza) y 4 años antes del 1 de agosto del año escolar. **SIN consideración de ingresos para niños de 3 años.**
- 3 Los niños de 3 y 4 años pueden calificar como un niño con una discapacidad educativa (tener un retraso en una o más áreas de desarrollo)

Para la sospecha de discapacidad educativa, se programará una evaluación.

¿Qué significa la detección? Identificar cualquier área potencial de preocupación en el desarrollo de un niño. Habilidades de desarrollo que se examinan; habilidades cognitivas, motrices finas y gruesas, habla / lenguaje, sociales y de autoayuda. Si hay dudas, se recomendarán intervenciones.

Si su hijo de 3 años asiste a una evaluación y no se observan áreas de preocupación, puede volver a presentar una solicitud cuando el niño cumpla 4 años (antes del 1 de agosto del año escolar), si cree que su hogar puede cumplir con los ingresos que cumplen con los estándares. Según el resultado de la evaluación, su hijo puede o no requerir intervenciones. Después de que se califiquen los resultados de la evaluación, los intervencionistas lo analizarán más a fondo. Si su hijo necesita intervenciones, a su conclusión, los intervencionistas discutirán los pasos adicionales si es necesario.

CÓMO funciona el proceso de solicitud de preescolar para una evaluación de 3 años:

Complete los formularios y proporcione copias de los documentos identificados **en rojo** en la sección **Lo Que Necesitamos** a continuación.

LO QUE NECESITAMOS TRAER ANTES DE LA PANTALLA O DE LA PANTALLA:

Complete y proporcione los siguientes elementos en rojo a continuación: (* Los artículos **en negro** pueden entregarse después de que el niño esté en la escuela, en cuyo caso puede entregar esos artículos en la oficina de la escuela donde estará su archivo).

___	1- Inscripción de estudiante / tarjeta de emergencia (2 páginas, firmada y fechada)	___	5- Copia del certificado de nacimiento
___	2- Tarjeta de transporte preescolar (2 páginas, firmada y fechada)	___	6- Copia de la tarjeta de seguro social O Declaración completa de no divulgación del número de seguro social
___	3- Household Income Verification form (2 pages, signed & dated) & copies of supporting documents (last 2-3 pay stubs or tax return) (Solo complete si el niño tiene 4 años antes del 1 de agosto; No complete si tiene 3 años)	___	7- Copia de comprobante de residencia (copia de una factura con su nombre y dirección o copia de su contrato de arrendamiento)
___	4- Copia de la Certificación de Inmunización KY (Completado por el médico y debe ser actual)	___	8- Copia de los documentos de custodia / tutela / documentos de padres adoptivos (si es aplicable)

APLICACIÓN SI EL NIÑO TIENE 3 AÑOS Y NO SERÁ DE 4 A 8/1

—	9- Permiso para video / fotografía / Publicar formulario (firmado)		* Formulario de examen de atención médica preventiva (ambos lados) completado por un médico (NO debe presentarse al momento de la solicitud de preescolar)
—	10-Formulario de adjudicación (firmado)		* Formulario de examen ocular de KY (NO debe presentarse al momento de la solicitud de preescolar)
—	11-Otros informes / evaluaciones: Evaluaciones del habla / lenguaje, informes de fisioterapia, informes de terapia ocupacional, IEP, etc. (si es aplicable)		* Formulario de examen / examen dental de KY (NO debe presentarse al momento de la solicitud de preescolar)
—	12- KY Statewide Immunization Registry Permission Slip		* Copia de la tarjeta de Medicaid / formulario de información de divulgación de Medicaid (Si tienes uno) (NO debe presentarse al momento de la solicitud de preescolar)

CÓMO ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN DE EVALUACIÓN PREESCOLAR: Puede devolvernos los formularios completados de su hijo y copias de otros documentos en la evaluación O con anticipación de una de las 3 formas siguientes:

1. **U.S. Mail:** Preschool Achievement Center, 7627 Ewing Blvd., Florence, KY 41042 **O**
2. **Entrega:** de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m. en la dirección anterior **O**
3. **Email:** angela.becknell@boone.kyschools.us

Les pedimos paciencia durante las temporadas altas, el final y el comienzo del año escolar y las pandemias.

Tenga en cuenta: Si desea volver a presentar una solicitud en el próximo año escolar, deberá completar una nueva tarjeta de inscripción, una tarjeta de transporte preescolar y un registro de vacunación KY actualizado para asegurarse de que tengamos información actualizada y actualizada. Los niños no pueden comenzar la escuela o las intervenciones sin un registro actual de vacunas.

Si tiene alguna pregunta adicional, no dude en comunicarse conmigo al 859-283-3251.

Gracias por abogar en nombre de su hijo. Esperamos poder servirle a usted y su familia.

Respetuosamente,

Dr. Michael J. Shires

Dr. Michael J. Shires
Director of Early Childhood Learning
Boone County School District
Preschool Achievement Center (PAC)
7627 Ewing Boulevard
Florence, KY 41042
859-283-3251 (main phone)
859-282-0091 (fax)



Preguntas frecuentes sobre preescolar

1. ¿Cómo califican los estudiantes para preescolar en Kentucky?

- Por ingresos: 4 años (cumplidos al 1 de agosto del año escolar) y tener un ingreso familiar igual o inferior al 160% del nivel federal de pobreza.
- Tener 3 o 4 años y con una discapacidad académica debido a retrasos en el desarrollo, independientemente de los ingresos familiares.

2. ¿Los estudiantes cuyo idioma materno es otro al inglés califican automáticamente para preescolar en el estado de Kentucky?

- Los estudiantes cuyo idioma materno es otro al inglés no califican automáticamente para preescolar. Todos los estudiantes deben cumplir con los requisitos establecidos anteriormente.

3. ¿Los estudiantes de preescolar tienen que comenzar el preescolar al comienzo del año escolar?

- Los estudiantes pueden calificar y comenzar la inscripción en preescolar en cualquier momento del año escolar.

4. ¿Cuántos años pueden estar los estudiantes en preescolar?

- Dependiendo de la fecha de nacimiento del estudiante y de cómo califican, algunos estudiantes pueden cursar hasta 3 años escolares en preescolar.

5. Si siento que mi estudiante no está listo para Kindergarten, ¿pueden pasar otro año en preescolar?

- Si un estudiante tiene 5 años antes del 1 de agosto, no puede pasar otro año en preescolar. Se recomienda que asistan al jardín de infantes.

6. ¿Cuántos días a la semana son las clases de preescolar?

- El preescolar es de lunes a jueves durante medio día. Los estudiantes que califican se inscriben en la sesión de la mañana o la sesión de la tarde. Las sesiones de la mañana y la tarde están determinadas de acuerdo a su domicilio.

7. ¿El autobús recoge a mi hijo y lo deja?

- Se proporciona transporte en un autobús preescolar que tiene cinturón de seguridad. Hay un conductor adulto y un monitor adulto en el autobús para ayudar a los niños en edad preescolar. El transporte escolar es gratuito.

Escuelas del Condado de Boone

Inscripción de estudiante / Información en caso de emergencia

Office Use Only / Solo para uso de la oficina
School _____
Start Date _____
Teacher _____

Nombre legal del estudiante (En letra de molde): _____ Sufijo _____
(Apellido) (Nombre) (2do nombre) (Jr., II, etc.)

Grado: _____ Fecha nacimiento _____ Masculino Femenino N.º Seguro Social (Opcional) _____

¿Su hijo(a) repitió un grado? Sí No Si contestó Sí, ¿qué grado? _____

Lugar de nacimiento: _____
(País) (Condado) (Estado)

Dirección del estudiante: _____
(Calle) (N.º apto) (Ciudad) (Estado) (Cód. postal)

(Marcar solo si corresponde*) Refugio Motel Casa o apartamento compartido con amigos o familiares Amigos/Familiar (que no es padre/madre/tutor)
**Si corresponde, complete un Cuestionario de residencia (704 KAR 7:090)*

Dirección de correo del estudiante: _____
(Calle o casilla postal y N.º apto) (Ciudad) (Estado) (Cód. postal)

No hay cambios en la dirección o número de teléfono del estudiante. Padre/madre/tutores, escribir iniciales aquí _____

Etnicidad: ¿Su hijo(a) es hispano(a)/latino(a)? Sí No

Raza del estudiante: Blanca Blanca o afroamericana Asiática
(Marque todo lo que corresponda) Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico Indígena americano o nativo de Alaska

Categorías de raza/grupo étnico

- Blanca (no hispánica)-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, África del Norte o Medio Oriente
- Negra/Afroamericana-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- Hispana/Latina-Una persona de cultura de origen mexicana, puertorriqueña, cubana, de América Central o América del Sur u otra cultura de origen español, sin importar la raza
- Asiática-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sudeste de Asia o el subcontinente indio.
- Islas del Pacífico-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- Indígena americano o nativo de Alaska-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte o América del Sur y que mantiene identificación cultural mediante afiliación tribal o apego a la comunidad.

Ciudadano de EE UU: Sí No Si contestó No, país de residencia: _____ Migrante Inmigrante Refugiado: (País) _____

Última escuela a la que asistió: _____ Escuela de Kentucky: Sí No
 Último día que asistió: _____ N.º teléfono escuela: (____) _____
 Dirección de la escuela: (Ciudad) _____ (Condado) _____ (Estado) _____

Padres/Tutores que viven en el mismo hogar que el estudiante

Nombre legal: _____	Nombre legal: _____
Fecha nacimiento: _____	Fecha nacimiento: _____
Relación con el estudiante: _____	Relación con el estudiante: _____
Teléfono: Hogar (____) _____	Teléfono: Hogar (____) _____
Trabajo: (____) _____	Trabajo: (____) _____
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____

Hermanos que viven en el mismo hogar que el estudiante

Nombre legal: _____	Nombre legal: _____
Sufijo: _____	Sufijo: _____
Fecha nacimiento: _____	Fecha nacimiento: _____
Sexo: _____	Sexo: _____
Grado: _____	Grado: _____
Nombre de escuela del Condado de Boone: _____	Nombre de escuela del Condado de Boone: _____

Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Fecha nacimiento: _____ Sexo: _____ Grado: _____ Nombre de escuela del Condado de Boone: _____	Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Fecha nacimiento: _____ Sexo: _____ Grado: _____ Nombre de escuela del Condado de Boone: _____
---	---

Padres/tutores que viven en una dirección diferente a la del estudiante

<p>¿Este padre/madre/tutor tiene custodia compartida? _____</p> <p>¿Este padre/madre/tutor debería recibir información de la escuela? _____</p> <p>¿Esta persona tiene acceso legalmente restringido a este estudiante? _____ <small>(Se DEBE entregar a la escuela una copia de la orden judicial.)</small></p> <p>Nombre legal: _____</p> <p>Fecha nacimiento: _____</p> <p>Relación con el estudiante: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____</p> <p>Teléfono: Hogar () _____ Trabajo: () _____</p> <p>Celular: () _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p>	<p>¿Este padre/madre/tutor tiene custodia compartida? _____</p> <p>¿Este padre/madre/tutor debería recibir información de la escuela? _____</p> <p>¿Esta persona tiene acceso legalmente restringido a este estudiante? _____ <small>(Se DEBE entregar a la escuela una copia de la orden judicial.)</small></p> <p>Nombre legal: _____</p> <p>Fecha nacimiento: _____</p> <p>Relación con el estudiante: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____</p> <p>Teléfono: Hogar () _____ Trabajo: () _____</p> <p>Celular: () _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p>
---	---

Servicios especiales

¿Este estudiante tiene necesidades especiales o recibe servicios de educación especial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El estudiante tiene un Plan 504?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El estudiante recibe servicios de Título I?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El estudiante recibe servicios para el habla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El estudiante fue identificado formalmente como talentoso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Transporte

Transporte primario a la escuela (marque todo lo que corresponde):

<input type="checkbox"/> Automóvil	<input type="checkbox"/> Camina	<input type="checkbox"/> Autobús escolar	N.º autobús: _____ <small>(asignado por personal del distrito escolar)</small>
Transporte de BCS: <input type="checkbox"/> A.M.	<input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> A.M y P.M.	<input type="checkbox"/> Más de 1 milla
Cuidados durante el día: _____		<input type="checkbox"/> Menos de 1 milla	<input type="checkbox"/> Ninguno

Idioma

¿El inglés es el idioma que se habla con más frecuencia en el hogar?	___ Sí ___ No, ¿qué idioma? _____
¿Su hijo(a) aprendió inglés cuando empezó a hablar?	___ Sí ___ No, ¿qué idioma? _____
¿Su hijo(a) habla inglés en el hogar con más frecuencia que otros idiomas?	___ Sí ___ No, ¿qué idioma? _____
¿El inglés es el idioma que se habla al niño con más frecuencia en el hogar?	___ Sí ___ No, ¿qué idioma? _____

(Si alguna de las respuestas anteriores no es "Inglés", complete la "Encuesta de idioma en el hogar")

Información médica

Indique e identifique afecciones de salud (como alergias severas, afecciones médicas crónicas y/o alergias a medicamentos): _____

*Según las regulaciones del estado, cualquier estudiante con una afección de salud (como asma, alergias, diabetes, crisis tipo convulsiva, etc.) debe tener un plan de atención de la salud en los archivos. Para obtener más información, contacte a la enfermera de la escuela o administrativo de salud.

Medicación regular: _____ Dosis: _____

Se debe tener archivado un formulario de "Autorización para dar medicación" para cualquier medicamento que se dé a un estudiante durante la jornada escolar.

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Doy permiso a los funcionarios de la escuela para contactar al proveedor de atención de la salud que se indica aquí:

(Firma de padre/madre/tutor)

Información de emergencia

Si es necesario, ¿a qué hospital se debe llevar al estudiante? _____

EN UNA EMERGENCIA, si no es posible contactar al padre/madre/tutor, llamar y/o entregar a mi hijo(a) a una de las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: (____) _____

Si hay alguna persona que NO TIENE PERMITIDO tener acceso al estudiante, indique el nombre y la relación: (Se DEBE entregar a la escuela un documento legal.)

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

La escuela no es responsable por estudiantes autorizados por el padre/la madre a abandonar la escuela durante el horario escolar o por estudiantes en la escuela primaria y media autorizados por el padre/la madre a volver en forma privada a sus hogares después de la escuela.

Si hay cambios durante el año, por favor contacte a la oficina de la escuela INMEDIATAMENTE.

Firma de padre/madre/tutor _____ Fecha: _____

Office Use Only / Solo para uso de la oficina
New Enrollment _____
Revised Enrollment _____
Office Personnel _____
Date _____

Necesita transporte de _____ Sesión _____ a. m. _____ p. m.

FOTO
(OPCIONAL)

**DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE BOONE
FORMULARIO DE TRANSPORTE DE NIVEL PREESCOLAR**

Fecha de hoy _____ Escuela de origen _____ Escuela a la que asiste _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del hogar _____ Ciudad _____ Código postal _____
(El estudiante se envía a esta dirección a menos que se proporcione una dirección alternativa).

Nombre de la madre _____ Teléfono celular _____

Nombre del padre _____ Teléfono celular _____

Nombre del contacto en caso de emergencia: _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Equipo especial necesario en el autobús: Plataforma elevadora para sillas de ruedas _____ Otro _____

Marque las casillas según corresponda:

Verbal No verbal Epilepsia Pérdida de la audición

Ambulatorio No ambulatorio Pérdida de la visión

Alergias _____

Medicamentos _____ Dosificación _____ Efectos secundarios _____

***** TODOS LOS NIÑOS VIAJARÁN EN EL AUTOBÚS CON CHALECO DE SEGURIDAD O ASIENTO DE SEGURIDAD.**

¿NECESITA TRANSPORTE EN AUTOBÚS? SÍ _____/NO _____ SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ELIJA LAS OPCIONES A CONTINUACIÓN.

TRANSPORTE EN AUTOBÚS HACIA LA ESCUELA ÚNICAMENTE

TRANSPORTE EN AUTOBÚS DESDE LA ESCUELA ÚNICAMENTE

TRANSPORTE EN AUTOBÚS HACIA Y DESDE LA ESCUELA

UBICACIONES DE RECOGIDA Y ENTREGA ALTERNATIVAS

Si está usando una dirección alternativa, especifique lo siguiente:

Ubicación de recogida: _____

Ubicación de entrega: _____

**Información de transporte del estudiante
Solo lo debe completar un funcionario de la escuela**

Información de recogida por la mañana:

N.º de autobús _____ Ubicación de la parada: _____

Información de entrega por la tarde:

N.º de autobús _____ Ubicación de la parada: _____

Director del programa _____ Padre/madre _____

- Escriba los pasos que debe tomar el conductor/asistente en caso de enfermedad, epilepsia, etc. mientras viaja en el autobús.

- Escriba cualquier instrucción especial para controlar el comportamiento del estudiante mientras viaja en el autobús.

INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

Médico del estudiante _____ Teléfono: _____

Preferencia de hospital _____ o el más cercano disponible _____

Información del seguro _____

.....

LA SEGURIDAD ES NUESTRA PRINCIPAL PRIORIDAD AL TRANSPORTAR A SUS HIJOS.

Por lo tanto, a continuación, enumere los nombres y números de teléfono de las personas APARTE DE USTED que estarán esperando el autobús.

DEBERÁN MOSTRAR UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA PARA RETIRAR A SU HIJO.

NOMBRE	TELÉFONO	PARENTESCO CON EL NIÑO

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____



**Declaracion de
No divulgación de
Número de seguro social del niño**

FECHA: _____

Nombre y dirección del padre:

El nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

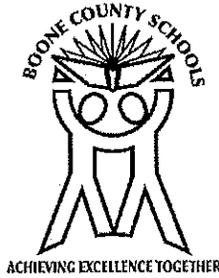
Asistir a la escuela: _____

Al firmar esta renuncia, reconozco que me niego a proporcionar una copia de la Tarjeta de Seguro Social de mi hijo al Distrito Escolar del Condado de Boone. Al firmar esta exención, su hijo no será elegible para los fondos de Becas de Excelencia Educativa de Kentucky (KEES) para su educación universitaria.

También entiendo que cualquier programa que requiera el número de seguro social de mi hijo para participar dentro del Boone El Distrito Escolar del Condado y / o el Departamento de Educación de Kentucky no estarán disponibles para su hijo.

Firma del Padre / Tutor:

Fecha:



Escuelas del condado de Boone

Permiso para grabar en video / fotografiar / publicar

Por favor complete este formulario y envíelo a la escuela

Querida madre o padre / tutor:

En algún momento durante el año escolar, el personal de la escuela / distrito u otras personas autorizadas por el distrito pueden grabar en video o fotografiar actividades de clase o proyectos especiales en los que su hijo participe durante o después del día escolar para evaluaciones del personal / estudiantes, con fines educativos o de conciencia pública. Dichas cintas de video o fotografías pueden ser vistas por pares, profesores o administradores. Dichas cintas de video o fotografías pueden ser vistas por pares, profesores o administradores. En ocasiones especiales, como una cinta de video o una fotografía de una obra de teatro de la clase o de la escuela o de un evento académico o deportivo, la película o la fotografía puede ser vista por una audiencia general, que incluye, entre otros, publicar imágenes en anuarios, programas de eventos y boletines. o en el sitio web de la escuela o del distrito.

Revise este formulario cuidadosamente, firme y feche el formulario y envíe el formulario a la escuela. Aunque haremos todo lo posible para cumplir con su solicitud, tenga en cuenta que no podemos monitorear a todos los adultos en todo momento, especialmente durante las ocasiones especiales en que otros padres también pueden tomar fotografías o pueden estar grabando el evento.

Una vez firmado y fechado, este formulario permanecerá vigente para la inscripción de su hijo en las escuelas del Distrito. Sin embargo, en cualquier momento durante el año escolar, puede modificar este formulario solo para uso futuro / preferencias notificando al Director por escrito su solicitud.

Como padre (s) / tutor (es) si _____, Yo / nosotras damos

El nombre del estudiante

Permiso del Distrito Escolar del Condado de Boone para divulgar el nombre, fotografía y / o reproducción de audio / video de mi / nuestro hijo para su publicación en relación con las funciones y actividades escolares, incluidas las actividades académicas y deportivas.

Escriba el nombre de los padres / tutores del alumno _____

Firma del padre / tutor

Fecha

Firma del padre / tutor

Fecha

Firma de la Directora / Designada

Fecha



Estado de Kentucky
Departamento de Educación de Kentucky
Consejo de Educación del condado de Boone
Declaración jurada sobre resolución judicial/expulsión

El reglamento K.R.S. 158.000 establece que el padre o tutor de un niño a quien se haya declarado culpable por resolución judicial o se le haya expulsado por homicidio, agresión o violación de la ley estatal o de los reglamentos escolares relativos a armas, alcohol o drogas notifique ese hecho a la escuela de nuevo ingreso mediante una declaración jurada que se presentará en la escuela al momento de la inscripción.

De conformidad con ese requisito, juro o declaro que soy padre o tutor legal de _____ a quien:

Nombre del estudiante

1. _____ Se le declaró culpable por resolución judicial y/o
2. _____ Fue expulsado de _____ escuela privada o pública, ya sea dentro o fuera del estado y/o
3. _____ Se le aplicaron medidas disciplinarias por haber violado una ley estatal o reglamento escolar relativo a armas, alcohol o drogas.
4. _____ Nunca se le ha declarado culpable por resolución judicial ni se le ha expulsado ni aplicado medidas disciplinarias por haber violado el reglamento K. R. S. 158.000 como se mencionó anteriormente.

Los hechos son los siguientes:

(Adjunte una hoja adicional según sea necesario)

Juro o declaro que, a mi leal saber y entender, las declaraciones y la información contenida en el presente documento es verdadera, fáctica y completa.

Firma del Padre/ Tutor

Fecha

FORMULARIO DE EXAMEN PREVENTIVO DE ATENCIÓN MÉDICA

Todas las juntas de educación locales deberán exigir un examen preventivo de atención médica de cada niño que ingrese por primera vez a una escuela pública de Kentucky dentro de un período de doce (12) meses antes de la admisión inicial a la escuela y dentro de un (1) año antes de ingresar al sexto grado. Las juntas escolares locales pueden extender este tiempo sin exceder dos (2) meses. (702 KAR 1:160)

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN Y LOS REGISTROS DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA

Nombre del estudiante: _____ Género : M H
 Grado: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Años: _____ Meses _____ Idioma preferido: _____
 Nombre del padre o tutor: _____

REGISTRO DE VACUNAS *Se informará en el formulario del certificado de inmunización, EPID 230* HISTORIAL MÉDICO

Alergias: _____

Medicamentos recetados actuales para tomar diariamente en la escuela::

Información histórica significativa: _____

RESULTADOS DE CRIBADO

Pies de altura: _____ Pulgadas de alto Peso _____ índice de masa corporal : _____
 BMI% _____ Presión sanguínea: _____

Visión	la derecha 20/ _____	Aprobar Fracasado	Audiencia - lado derecho	Aprobar	Fracasado	Referido a
	lado izquierdo 20/ _____	Referido a	Audiencia - lado izquierdo	Aprobar	Fracasado	Referido a

Opcional: Hematocrito/Hemoglobina: _____ Plomo en el cuerpo : _____ Análisis de orina : _____

Dientes y encías Normal ___ Anormal _____ Referido a/teléfono _____
 Cabeza / cuero cabelludo / piel Normal ___ Anormal _____ Referido a/teléfono: _____
 Ojos / Orejas / Nariz / Garganta Normal ___ Anormal _____ Referido a/teléfono: _____
 Pecho / Pulmones / Corazón Normal ___ Anormal _____ Referido a/teléfono: _____
 Abdomen Normal ___ Anormal _____ Referido a/teléfono: _____
 Evaluación de escoliosis Normal ___ Anormal _____ Referido a/teléfono: _____

Este niño tiene los siguientes problemas que pueden afectar la experiencia educativa:

Visión Escuchando Habla/Lenguaje Físico Social / Comportamiento Cognitiva

Específica: _____

Este niño tiene una condición de salud que puede requerir una acción de emergencia en la escuela, como convulsiones, alergias, etc. Especifique a continuación.

Recomendaciones (*adjunte una hoja adicional si es necesario*): _____

(Por favor marque uno de los siguientes)

Este niño puede participar plenamente en las actividades escolares, incluida la educación física.

Este niño puede participar en actividades escolares que incluyen educación física con la siguiente restricción/adaptación.

Razón específica y restricción: _____

DIRECTRICES ANTICIPATORIAS:

Discutida o folleto dado:

PREPARACIÓN ESCOLAR

- Establecer rutinas
- Cuidado / actividades después de la escuela
- Amigos
- Intimidación
- Comunicación con los maestros

SALUD BUCAL

- Visitas regulares al dentista
- Cepillado y uso de hilo dental
- Fluoruro

SALUD MENTAL

- Tiempo familiar
- Control de la ira
- Disciplina por enseñar, no castigo
- Límite la televisión y la computadora

LA SEGURIDAD

- Seguridad sexual
- Seguridad de Pedestrian
- Cascos de seguridad
- Seguridad de la natación
- Plan de escape de incendios
- Detectores de humo / monóxido de carbono
- Pistolas
- Dom
- Restringido adecuadamente en todos los vehículos.

NUTRICION Y ACTIVIDAD FISICA

- Peso saludable
- Dieta bien balanceada que incluye desayuno
- Frutas, verduras, granos integrales, lácteos.
- 60 minutos de ejercicio diario

Comentarios o recomendaciones adicionales: _____

Firmado: _____ Fecha: _____

Proveedor Médico / APRN / PA / EPSDT

Habla a: _____ Teléfono: _____

Formulario de examen ocular de Kentucky para ingresar a la escuela

KRS 156.160 (1) (g) requiere prueba de un examen de la vista por un optometrista u oftalmólogo. Esta evidencia se presentará a la escuela a más tardar el 1 de enero del primer año de que un niño de tres (3), cuatro (4), cinco (5) o seis (6) años está matriculado en una escuela pública, preescolar pública, o el programa Head Start.

PLEASE COMPLETE THE IDENTIFYING INFORMATION

Fecha de inscripción del estudiante: _____

Fecha de examen de la vista: _____

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre o tutor: _____

HISTORIA DEL CASO

Fecha de examen: _____

Historia ocular: Normal o positivo para: _____

Historial médico: Normal o positivo para: _____

Alergias a las drogas: Sin alergias a medicamentos conocidos o alérgicas a: _____

Historia familiar y ocular y médica: Ambliopía Estrabismo Glaucoma Diabetes

Otro: _____

Otra información pertinente: _____

Refracción con ciclopléjico? (Por favor indique uno) SI NO

	OD	OS
Agudeza sin ayuda	20/	20/
Mejor agudeza corregida	20/	20/

Tipo de examen	Normal	Anormal	Notable para evaluar
Examen externo (ojo y anexos)			
Examen interno (medios, lentes, fondo de ojo, etc.)			
Integridad neurológica (alumnos)			
Función binocular (estereopsis)			
Alojamiento y convergencia			
La visión del color			

Diagnóstico:

Normal Miopía Hipermetropía Astigmatismo Estrabismo Ambliopía

Otro: _____

Recomendaciones:

- Gafas recetadas: SI NO
- _____
- _____

Orientación anticipada apropiada y sugerida para la edad (evaluaciones de salud):

- Educar (padres / pacientes) sobre los trastornos oculares / visuales y la visión necesaria
- Asesoramiento (padres / pacientes) sobre seguridad ocular
- Destaque la importancia de la atención temprana y preventiva de la vista
- Recomendar un nuevo examen, según corresponda

Firmado: _____ Fecha : _____

Optometrista / Oftalmólogo

Habla a: _____ Teléfono : (_____) _____

Formulario de examen / examen dental de Kentucky para ingresar a la escuela

Ley de Kentucky, KRS 156.160(i), requiere prueba de un examen o examen dental realizado por un dentista, higienista dental, médico, enfermero registrado, enfermero practicante registrado o asistente médico. Esta evidencia se presentará a la escuela a más tardar el 1 de enero del primer año que un niño de cinco (5) o seis (6) años está matriculado en una escuela pública.

<p>Nombre del estudiante: _____ Apellido Nombre de pila Segundo nombre</p> <p>Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: ____ masculino ____ hembra Mes / Día / Año</p> <p>Padre o guardián: _____ Relación con el estudiante Nombre</p> <p>Habla a: _____ Ciudad: _____</p> <p>Teléfono: _____ Colegio: _____</p> <p>Fecha de examen o evaluación: ____ / ____ / ____ Mes / Día / Año</p>		<p>Tipo de prueba: (Marque uno:) ____ Tamizaje dental ____ Examen</p> <p>Nombre del examinador dental: _____</p> <p>Habla a: _____</p> <p>Teléfono: _____ : Fecha examen _____</p> <p>Nombre del examinador: _____</p>
<p>Caries dental no tratada: (Marque uno:) ____ Sin cavidades no tratadas ____ Cavidades no tratadas</p>	<p>Caries dental tratada: (Marque uno:) ____ Sin cavidades tratadas ____ Cavidad tratadas</p>	<p>Afiliación profesional: (Marque uno:) ____ Dentista ____ Higienista dental ____ Asistente médico ____ Enfermero registrado ____ APRN ____ Médico</p>
<p>Patrón de caries en la primera infancia: (Marque uno:) ____ No hay caries en la primera infancia ____ Cavidades de la primera infancia</p>	<p>Tratamiento Urgenly: (Marque uno:) ____ No hay problema obvio ____ Se necesita cuidado dental temprano ____ Remisión para atención urgente Nota: Se requiere comentario si está marcado.</p>	<p>Comentarios:</p>

Boone County Schools
School Health Services Department
8330 US 42
Florence, KY 41042

School Permission Slip

For completion of immunization records

Kentucky has a statewide immunization registry (KYIR) that medical practices use to help keep track of their patient's immunizations. They use this system to record vaccines given to patients and to access information about their patients' immunization histories, including vaccines given at other medical offices. KYIR makes it easy to keep track of a patient's immunization status, even if the patient visits more than one medical practice. It also helps ensure doctors and nurses give the right vaccines at the right time, and allows them to remind their patients when vaccines are due or overdue.

The information in KYIR is CONFIDENTIAL-only authorized users may access the system. Authorized users include health departments, medical practices, schools, childcare facilities, WIC Programs, and health care plans.

Some records in KYIR may be incomplete or missing because an immunization was given in another state, or because the medical practice did not enter it into the system. Your child's school wishes to help improve our community's records by providing missing immunization information to KYIR, but requires your permission to do so, in accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA).

By signing below, you can make your child's immunization history more complete, helping to ensure appropriate and timely future immunization.

Please sign this form if you agree to grant permission for your child's school to provide your child's immunization history to KYIR. This may include creating a new record, or updating an existing record. Please use a separate form for each additional child.

My Name: _____

My Child's Name: _____

My Child's Date of Birth: _____

Signature: _____

My Telephone Number: _____ Date Signed: _____

Please submit this form to your school administrator/nurse- thank you!

Office Use Only

Name of school: _____ Form Rec'd by (school staff): _____

Immunization history attached to form? Y or N

Date Rec'd by KYIR: _____ Date Entered into KYIR: _____