



Enrollment packet:
Kindergarten

WELCOME TO COLLINS ELEMENTARY

Student Name: _____

Registration Date: _____

The following is a list of information that will be needed to enroll your child in our school. These items are needed in addition to the registration forms provided:

_____ *Student Enrollment Packet

- Enrollment/emergency card
- Records Release
- Transportation form
- Permission To Videotape/Photograph/Publish Release Form
- Home Language Survey
- Adjudication/Expulsion Affidavit
- Kindergarten Prior Setting Date form

_____ Certified Birth Certificate (within 30 days)

_____ *Immunization Certificate

_____ Preventative Health Care Examination Form (within 30 days)

_____ Kentucky Eye Exam (first time entering a public school, ages 3 -6)

_____ Kentucky Dental Screening Form (first time entering a public school, ages 5-6)

_____ *Legal Custody Papers (if applicable)

_____ *Proof of Residency at enrolling address in parent/guardians name

- a. Lease, contract, mortgage, etc.
- b. Utility bill (water or electric bill)

_____ Copy of parent/guardians driver license

_____ Social Security Card or waiver

****Required at time of enrollment***

If you have any questions please call the office at 859-282-2350.

2021-2022 Escuelas del condado de Boone

Matrícula/información del estudiante en caso de emergencia

Para uso exclusivo de la oficina
 Escuela: _____
 Fecha de inicio: _____
 Docente: _____

Nombre legal del estudiante (En letra de imprenta) _____ Sufijo _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (Jr., III, etc)

Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Ha repetido de grado su hijo?

Lugar de nacimiento: (País) _____ (País) _____ (Estado) _____ No. de teléfono: (____) _____

Dirección del estudiante: (Calle) _____ (Apto. No.) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal) _____

(Marque solo si procede*)

**Si procede, complete un cuestionario sobre su residencia (704 KAR 7:090)*

(que no sea padre/tutor)

Dirección postal del estudiante: (si es diferente) _____ (City) _____ (State) _____ (Zip) _____

(Calle o apartado postal (PO Box) y No. de apto.)

Origen étnico: Su hijo es hispano/latino:

Raza del estudiante: (Marque todo lo que proceda)

Ciudadano estadounidense:

Última escuela a la que asistió: _____ Escuela de Kentucky:

Última fecha de asistencia: _____ No. de teléfono de la escuela: (____) _____

Dirección de la escuela: (Ciudad) _____ (País) _____ (Estado) _____

Anterior las Escuelas de Boone County asistían y años _____

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

Nombre legal: _____ Sufijo: _____ <small>(Apellido) (Primer nombre)</small> (Inicial del segundo nombre) _____ Relación o parentesco con el estudiante: _____ Teléfono: Casa (____) _____ Trabajo: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Correo electrónico: _____	Nombre legal: _____ Sufijo: _____ <small>(Apellido) (Primer nombre)</small> (Inicial del segundo nombre) _____ Relación o parentesco con el estudiante: _____ Teléfono: Casa (____) _____ Trabajo: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Correo electrónico: _____
---	---

Hermanos que viven en el mismo hogar que el estudiante

Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____ Grado: _____	Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____ Grado: _____
Nombre legal: _____ Sufijo: _____ _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____ Grado: _____	Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____ Grado: _____

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

¿Tiene este padre/tutor custodia compartida? _____ ¿Debe este padre/tutor recibir información escolar? _____ ¿Tiene esta persona acceso legalmente restringido al estudiante? _____ <small>(TIENE que suministrarse una copia de la orden judicial a la escuela.)</small> Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Relación o parentesco con el estudiante: _____ Dirección: _____	¿Tiene este padre/tutor custodia compartida? _____ ¿Debe este padre/tutor recibir información escolar? _____ ¿Tiene esta persona acceso legalmente restringido al estudiante? _____ <small>(TIENE que suministrarse una copia de la orden judicial a la escuela.)</small> Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Relación o parentesco con el estudiante: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
---	--

Servicios especiales

- ¿Tiene este estudiante necesidades especiales o recibe servicios de educación especial?
- ¿Tiene este estudiante un plan 504?
- ¿Recibe este estudiante servicios del habla?
- ¿Ha sido este estudiante formalmente identificado como superdotado/talento?

Transporte

- Transporte principal a la escuela (marque todo lo que proceda):
- Transporte proporcionado por las escuelas del distrito de Boone:

Información médica

Enumere e identifique los trastornos de salud (tales como alergias graves, afecciones médicas crónicas y/o alergias a medicamentos):

*Conforme al reglamento estatal, todo estudiante con un trastorno de salud (como asma, alergias, diabetes, ataques, etc.) deben estar registrados en un plan de salud. Para mayor información, comuníquese con la enfermera de la escuela o con el trabajador de salud.

Medicamentos habituales: _____ Dosis: _____

Debe estar en el expediente un formulario de "autorización para suministrar medicamentos" para que se pueda dar un medicamento a un estudiante durante la jornada escolar.

Nombre del médico _____ Teléfono: _____

Le doy a los funcionarios de la escuela permiso para que se comuniquen con el proveedor de servicios de salud designado:

(Firma del padre/tutor)

Información en caso de emergencia

De ser necesario, ¿a qué hospital debe llevarse al estudiante?

Si EN UNA EMERGENCIA no fuera posible comunicarse con el padre/tutor, llamen y/o dejen a mi hijo con una de las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación o parentesco con el estudiante _____ Número de teléfono: (____) _____

Nombre: _____ Relación o parentesco con el estudiante _____ Número de teléfono: (____) _____

En caso de que haya alguien a quien **NO SE LE PERMITA** acceso al estudiante, escriba su nombre y relación o parentesco: (**TIENE** que proporcionarse la documentación legal a la escuela.)

Nombre: _____ Relación o parentesco con el estudiante _____

La escuela no se responsabiliza de los estudiantes que tienen la autorización de sus padres para abandonar la escuela durante el horario escolar o de los estudiantes de la escuela primaria o intermedia que tienen la autorización de sus padres para regresar por sí mismos a casa después de la escuela.

Si se hacen cambios durante el año, comuníquese INMEDIATAMENTE con la oficina de la escuela.

Firma del padre/tutor _____ Fecha: _____

Por favor responda
en inglés

Boone County Schools

ENCUESTA DE IDIOMA DOMESTICO

Spanish
Home Language Survey

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Nombre de los padres/apoderado: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

¿Qué idioma habla usted y su familia con más frecuencia en el hogar? _____

¿Qué idioma aprendió su hijo cuando recién comenzó a hablar? _____

¿Qué idioma habla en casa su hijo(a) con más frecuencia? _____

Si hay a disposición, ¿en qué idioma le gustaría recibir la comunicación de la escuela? _____

¿En qué idioma le habla con más frecuencia a su hijo(a)? _____

(Padre) _____

(Madre) _____

Describe el idioma que su hijo(a) entiende. (Marque sólo uno)

- A. Entiende solamente el idioma del hogar y no inglés.
- B. Entiende mayormente el idioma del hogar y algo de inglés.
- C. Entiende el idioma del hogar y el inglés por igual.
- D. Entiende inglés mayormente y algo del idioma del hogar.
- E. Entiende inglés solamente.

Firma del padre o tutor

Fecha

OFFICE USE ONLY

Student ID #	Date Distributed	Date Received	



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.

Declarante, padre/tutor

Fecha

Escuelas del Condado de Boone

Formulario de transporte de estudiantes 2021-2022

Escuela: _____ Código de la escuela: _____ Código T: _____ Año escolar: _____

Género: _____ Grado: _____ ID del(de la) estudiante: _____ Maestro(a): _____

Nombre del(de la) estudiante: _____ Fecha de nac.: _____

ENCIERRE EN UN CÍRCULO UNA OPCIÓN: K=TODO EL DÍA KA=KINDERGARDEN DE MAÑANA KP=KINDERGARDEN DE TARDE

Todos los estudiantes serán trasladados a la dirección de su hogar a menos que se especifique una dirección alternativa.

Dirección del hogar: _____

Ciudad/Estado/Cód. postal: _____

Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono: _____

SE NECESITA TRANSPORTE EN AUTOBÚS SÍ ___ O NO ___ SI LA RESPUESTA ES SÍ, ELIJA LAS OPCIONES A CONTINUACIÓN

- TRANSPORTE EN AUTOBÚS SOLO A LA ESCUELA (DE MAÑANA)
- TRANSPORTE EN AUTOBÚS SOLO DESDE LA ESCUELA (DE TARDE)
- TRANSPORTE EN AUTOBÚS A Y DESDE LA ESCUELA (MAÑANA Y TARDE) *

UBICACIONES DE RECOGIDA Y ENTREGA ALTERNATIVAS

Por políticas del Distrito, a los estudiantes SOLO se les permite 1 recogida y 1 entrega de mañana y de tarde

****NO SE PERMITEN DÍAS ALTERNATIVOS****

SE NECESITA UBICACIÓN ALTERNATIVA DE RECOGIDA Y/O ENTREGA

(Debe estar dentro de los límites de la escuela)

Si está usando una dirección alternativa, por favor especifique lo siguiente:

Ubicación de recogida: _____

Ubicación de entrega: _____

Deje estos espacios en blanco si el transporte es a la dirección del hogar o no se necesita transporte.

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

Información de recogida de mañana:

Autobús N.º _____ Ubicación de parada: _____

Información de entrega de tarde:

Autobús N.º _____ Ubicación de parada: _____

Número de viajero _____ Nombre de la guardería y N.º asignado _____



Declaración de no divulgación
del
número de la seguridad social

Fecha: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Dirección: _____

Escuela a la que asiste el estudiante: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de
nacimiento: _____

Al firmar esta renuncia, reconozco que me niego a proporcionar una copia de la tarjeta de la seguridad social de mi hijo al distrito escolar del condado de Boone. Si firma esta renuncia, su hijo **no podrá** recibir **fondos de la Beca a la Excelencia Educativa de Kentucky** para su educación universitaria.

También comprendo que los programas que exijan el número de la seguridad social para participar dentro del distrito escolar del condado de Boone y/o el Departamento de Educación de Kentucky no estarán disponibles para mi hijo.

Firma del padre _____ FECHA: _____



Boone County Schools Permission to Videotape/Photograph/Publish

PLEASE COMPLETE THIS FORM AND SUBMIT IT TO THE SCHOOL.

Dear Parent/Guardian:

At some time during the school year, school/District personnel or other District-authorized persons may videotape or photograph classroom activities or special projects in which your child participates during or after the school day for staff/student evaluative, educational, or public awareness or fund raising purposes. Such videotapes or photographs may be viewed by peers, faculty, or administrators. On special occasions such as a videotape or photograph of a class or school play or of an academic or athletic event, the film or photograph may be viewed by a general audience including, but not limited to, publication on the school or District Web site, event programs and newsletter and in school yearbooks,

Please review this form carefully, sign and date the form, and submit the form to the school. Although we will make efforts to comply with your request, bear in mind that we cannot monitor all adults at all times, especially during the special occasions when other parents may take pictures or may tape the event.

Once signed and dated, this form shall remain in effect for your child's enrollment in the District schools. However, at any time during the school year, you may amend this form only for future uses/preferences by notifying the Principal in writing of your request.

As the parent(s)/guardians(s) of _____, I/we give the
Student's Name

Boone County School District permission to release my/our child's name, photograph, and/or audio/video reproduction for publication concerning school functions and activities, including academic and athletic activities.

Name of Parent(s)/Guardian(s) (**Please print.**) _____

Parent/Guardian's Signature *Date*

Parent/Guardian's Signature *Date*

Principal/Designee's Signature *Date*

Información Educativa Previa a Kindergarten Otoño _____

Estimados padres / tutores;

La preparación previa de todos los niños a la escuela es fundamental para su posterior éxito. El estado de Kentucky se centra en garantizar que todos los niños pequeños que comiencen Kindergarten, estén listos para crecer, dispuestos a aprender, y preparados para tener éxito a lo largo de su vida. Una forma en la que nuestro distrito puede ayudar a nuestras familias, grupos de interés y socios comunitarios en promover esta preparación escolar, es saber más acerca de dónde vienen nuestros niños, antes de que empiecen Kindergarten en la escuela.

Como parte de la regulación 704 KAR 5: 070, nuestro distrito debe recopilar información acerca de donde su hijo cursó preescolar durante los 12 meses previos a su ingreso en Kindergarten. Hay cinco categorías de centros de preescolar en los que los niños pueden haber recibido este tipo de servicios antes de comenzar Kindergarten:

Centros de Preescolar Financiados por el Estado: Se considera en esta categoría a los niños que atienden estos programas de preescolar financiados por el estado, que, de acuerdo a la regulación 704 KAR 3: 410, proporcionan servicios de preescolar a niños de 4 años en situación de riesgo, y niños de 3 y 4 años con necesidades especiales identificadas.

Head Start: Se considera en esta categoría a los niños que atienden este tipo de centro, que ofrece servicio de preescolar a niños de 3 y 4 años en situación de riesgo.

Guardería: Se considera en esta categoría a los niños que atienden a cualquier guardería o centro privado de preescolar que esté autorizado por la División de Cuidado Infantil Regulado (DRCC). Se incluye en esta categoría centros de tipo 1, tipo 2 y Hogares Certificados para Familias.

En casa: Se considera en esta categoría a los niños que están en casa con los padres / tutores antes de comenzar la escuela.

Otros: Se considera en esta categoría a los niños que están al cuidado de alguna de las siguientes personas:

- un miembro de la familia, como un abuelo, una abuela, un tío, una tía, un hermano o una hermana
- una cuidadora privada, no acreditada (sin certificación), como un vecino, una niñera u otra persona
- cualquier otra categoría de centro de preescolar o persona que proporciona de servicios de preescolar que no cumple con los requisitos mencionados anteriormente.

En el formulario que se adjunta, por favor proporcione la información que sea necesaria y relativa a los 12 meses previos al ingreso de su hijo en Kindergarten. Puede que su hijo esté dentro de una o varias de las categorías antes mencionadas. Si necesita más espacio del que se le proporciona, por favor escriba la información en el reverso del documento.

1. Nombre del Niño: Apellido, inicial del nombre medio, nombre,
2. Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año)
3. Dirección postal del niño, incluyendo ciudad, estado, código postal
4. Información Educativa Previa a Kindergarten: ¿Dónde ha cursado o recibido los servicios de preescolar en los últimos 12 meses? Usted puede elegir más de una opción, si es necesario. Por ejemplo, su hijo puede cambiado de centro o de lugar donde ha recibido estos servicios de preescolar en los últimos 12 meses. Usted también tendría que elegir más de una opción si el niño atendió a un programa una mitad del día (por ejemplo, por la mañana), y luego pasó la otra mitad (por ejemplo, por la tarde) en unas instalaciones para el cuidado de niños, o con una niñera, o en casa.

Si tiene alguna pregunta acerca de la Información Educativa Previa a Kindergarten, por favor pregunte al maestro de su hijo o diríjase a la oficina del centro al que su hijo acude para pedir información. Esperamos poder seguir trabajando con su familia para asegurar que su hijo cumpla con éxito su año kindergarten y los posteriores.

Atentamente,
Distrito / Personal de la Escuela

Datos sobre Educación Previa al Registro en Kindergarten

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Por favor, proporcione información sobre todos los tipos de centros de preescolar a los que su hijo asistió durante el año previo a Kindergarten. Rellene una casilla por cada centro.

<p>Tipo de Centro de Preescolar 1:</p> <p>Centro de Preescolar financiado por el estado Head Start Guardería Casa Otro (seleccione una de las categorías con un círculo)</p> <p>Instalación / nombre de la escuela: _____</p> <p>dirección : _____</p> <p>fecha de inicio : _____ fecha de finalización : _____</p>
<p>Tipo de Centro de Preescolar 2:</p> <p>Centro de Preescolar financiado por el estado Head Start Guardería Casa Otro (seleccione una de las categorías con un círculo)</p> <p>Instalación / nombre de la escuela: _____</p> <p>dirección : _____</p> <p>fecha de inicio : _____ fecha de finalización : _____</p>
<p>Tipo de Centro de Preescolar 3:</p> <p>Centro de Preescolar financiado por el estado Head Start Guardería Casa Otro (seleccione una de las categorías con un círculo)</p> <p>Instalación / nombre de la escuela: _____</p> <p>dirección : _____</p> <p>fecha de inicio : _____ fecha de finalización : _____</p>
<p>Tipo de Centro de Preescolar 4:</p> <p>Centro de Preescolar financiado por el estado Head Start Guardería Casa Otro (seleccione una de las categorías con un círculo)</p> <p>Instalación / nombre de la escuela: _____</p> <p>dirección : _____</p> <p>fecha de inicio : _____ fecha de finalización : _____</p>
<p>Tipo de Centro de Preescolar 5:</p> <p>Centro de Preescolar financiado por el estado Head Start Guardería Casa Otro (seleccione una de las categorías con un círculo)</p> <p>Instalación / nombre de la escuela: _____</p> <p>dirección : _____</p> <p>fecha de inicio : _____ fecha de finalización : _____</p>

Collins Elementary School

Thomas W. Loring Jr., Principal
Norma Lawless, Assistant Principal
Amy Maiden, Assistant Principal



Elizabeth Nordman, Guidance Counselor
Ashley Jacobs, Guidance Counselor

9000 Spruce Drive • Florence, KY 41042 • 859.282.2350 • 859.282.2356 Fax

BOONE COUNTY SCHOOLS PARENTAL CONSENT FOR RELEASE OF RECORDS

To the Principal of:

(Name of School)

(Address)

(City, State, Zip)

(Phone #)

(Fax #)

You are authorized to release records on: _____ DOB: _____ Grade: _____
(Student's Name)

___ Release all the checked information

___ Release all information

___ 1. Cumulative Records

___ 2. General identifying data (Name, Address,
DOB, Grade Level Completed Grades,
Class Standing, Attendance Record)

___ 3. Standardized Achievement and Aptitude

___ 4. Medical/Health Records

___ 5. Special Education Due Process File

___ 6. Gifted File

___ 7. Title I File

___ 8. ESS File

___ 9. Limited English Proficiency/
English as Second Language

___ 10. Record of Extra Curricular
Activities

___ 11. Other (Specify) _____

SEND TO: COLLINS ELEMENTARY SCHOOL

9000 SPRUCE DRIVE

FLORENCE, KY 41042

PHONE: 859-282-2350

FAX: 859-282-2356

The reason for this request is:

___ Transfer to school due to change in residence

___ Other

Signature of Parent or Legal Guardian

Address

Date

Telephone Number

PREVENTATIVE HEALTH CARE EXAMINATION FORM

All local boards of education shall require a preventative health care examination of each child first entering a Kentucky public school within a period of twelve (12) months prior to initial admission to school and within one (1) year prior to entry to sixth grade. Local school boards may extend this time not to exceed two (2) months. (702 KAR 1:160)

PLEASE COMPLETE THE IDENTIFYING INFORMATION AND RECORDS

IDENTIFYING INFORMATION

Student Name: _____ Gender: M F Grade: _____
 Date of Birth: _____ Age: _____ yrs _____ months Preferred Language: _____
 Parent or Guardian Name: _____

RECORD OF IMMUNIZATIONS TO BE REPORTED ON IMMUNIZATION CERTIFICATE FORM, EPID 230.

MEDICAL HISTORY

Allergies: _____

Current Prescribed Medications to be taken daily at school: _____

Significant Historical Information: _____

SCREENING RESULTS:

BP: _____ Height: _____ (ft.) _____ (inches) Weight _____ lbs. BMI _____ BMI% _____

Vision	Right 20/ _____	Passed <input type="checkbox"/>	Hearing - Right	Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>
	Left 20/ _____	Failed <input type="checkbox"/>		Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>
		Referred <input type="checkbox"/>	Hearing - Left	Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>

Optional: Hct/HGB: _____ Lead: _____ Urinalysis: _____

General appearance Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Gross dental (teeth and gums) Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Head/scalp/skin Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Eyes/Ears/Nose/Throat Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Chest/Lungs/Heart Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Abdomen/Genitalia Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Extremities/back Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Neuro Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____

This child has the following problems that may impact the educational experience:

- Vision
- Hearing
- Speech/Language
- Physical
- Social/Behavioral
- Cognitive

Specify: _____

- This child has a health condition that may require emergency action at school, e.g. seizures, allergies. Specify below.

Recommendations (Attach additional sheet if necessary): _____

(Please Check One)

- This child may participate fully in school activities including physical education.
- This child may participate in school activities including physical education with the following restriction/adaptation.

(Specify reason and restriction) _____

ANTICIPATORY GUIDELINES

Discussed and/or handout given

SCHOOL READINESS

- Establish routines
- After-school care/activities
- Friends
- Bullying
- Communicate with teachers

MENTAL HEALTH

- Family time
- Anger management
- Discipline for teaching not punishment
- Limit TV, computer

NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY

- Healthy weight
- Well-balanced diet, including breakfast
- Fruits, vegetables, whole grains, dairy

- 60 minutes of exercise/day

ORAL HEALTH

- Regular dentist visits
- Brushing/Flossing
- Fluoride

SAFETY

- Sexual safety
- Pedestrian safety
- Safety helmets
- Swimming safety
- Fire escape plan
- Smoke/carbon monoxide detectors
- Guns
- Sun
- Appropriately restrained in all vehicles

Additional comments or recommendations: _____

Signed: _____
Physician/APRN/PA/EPSTDT Provider

Date: _____

Address: _____

Telephone: _____

Kentucky law, KRS 156.160(i), requires proof of a dental screening or examination by a dentist, dental hygienist, physician, registered nurse, advanced registered nurse practitioner, or physician assistant. This evidence shall be presented to the school no later than January 1 of the first year that a five (5) or six (6) year old is enrolled in public school.

<p>Student Name: _____ Last First Middle</p> <p>Birth date: ____ / ____ / ____ Gender: <input type="radio"/> 0 Male <input type="radio"/> 1 Female</p> <p>Parent or Guardian: _____ Name Relationship</p> <p>Address: _____ City: _____</p> <p>Phone Number: _____ School: _____</p> <p>Date of Exam/Screening ____ / ____ / ____</p>		<p>Test Type (check one)</p> <p><input type="radio"/> Screening</p> <p><input type="radio"/> Exam</p> <p>Screener's Name: _____</p> <p>Screener's Address: _____</p> <p>Phone Number: _____ Screening Date: _____</p> <p>Screener's Signature: _____</p> <p>Professional affiliation: (Please check one)</p> <p><input type="radio"/> Dentist <input type="radio"/> Dental Hygienist</p> <p><input type="radio"/> Physician Assistant <input type="radio"/> Registered Nurse with training</p> <p><input type="radio"/> APRN <input type="radio"/> Physician</p>
<p>Untreated Decay: (Check one)</p> <p><input type="radio"/> 0 No untreated cavities</p> <p><input type="radio"/> 1 Untreated cavities</p>	<p>Treated Decay: (Check one)</p> <p><input type="radio"/> 0 No treated cavities</p> <p><input type="radio"/> 1 Treated cavities</p>	<p>Comments:</p>
<p>Pattern of Early Childhood Cavities: (Check one)</p> <p><input type="radio"/> 0 No Early Childhood Cavities</p> <p><input type="radio"/> 1 Early Childhood Cavities Present</p>	<p>Treatment Urgency: (Check one)</p> <p><input type="radio"/> 0 No obvious problem</p> <p><input type="radio"/> 1 Early dental care needed</p> <p><input type="radio"/> 2 Referral for Urgent Care</p> <p>NOTE: Comment required if marked.</p>	

KRS 156.160 (1) (g) requires proof of a vision examination by an optometrist or ophthalmologist. This evidence shall be submitted to the school no later than January 1 of the first year that a three (3), four (4), five (5) or six (6) year old child is enrolled in public school, public preschool, or Head Start program.

PLEASE COMPLETE THE IDENTIFYING INFORMATION

Date of student's enrollment: _____

Date of Vision Examination: _____

IDENTIFYING INFORMATION

Student Name: _____

Date of Birth: _____

Parent or Guardian Name: _____

CASE HISTORY

Date of Exam: _____

Ocular History: Normal or Positive for: _____

Medical History: Normal or Positive for: _____

Drug Allergies: NKDA or Allergic to: _____

Family Ocular and Medical History: Amblyopia Strabismus Glaucoma Diabetes

Other: _____

Other Pertinent Information: _____

Refraction with cycloplegic? (Please indicate one.) YES NO

	OD	OS
Unaided Acuity	20/	20/
Best Corrected Acuity	20/	20/

Type of Examination	Normal	Abnormal	Notable to Assess
External Exam (eye and adnexa)			
Internal Exam (media, lens, fundus, etc)			
Neurological Integrity (pupils)			
Binocular Function (stereopsis)			
Accommodation and convergence			
Color Vision			

Diagnosis:

Normal Myopia Hyperopia Astigmatism Strabismus Amblyopia

Other: _____

Recommendations:

1 Glasses prescribed: YES NO

2 _____

3 _____

Age appropriate and suggested anticipatory guidance (health assessments):

- Educate (parents/patients) about eye/vision disorders and needed vision care
- Counsel (parents/patients) regarding eye safety
- Stress importance of early, preventative eye care
- Recommend re-examination, as appropriate

Signed: _____
Optometrist/Ophthalmologist

Date: _____

Address: _____

Telephone: () _____