



401 East Hancock Street
Lansdale, PA 19446
215.853.1086

Documentos a ser llenados y entregados al momento de Inscripción

- ___ Forma A Forma de Inscripción del Distrito Escolar de North Penn
- ___ Forma B Información de Contacto de Emergencia
- ___ Forma C Encuesta de Lenguaje en Casa
- ___ Forma D Historia de Salud Básica
- ___ Forma E Declaración de Registro Previo de Disciplina
- ___ Forma F Liberación de Información de Distrito Escolar Previo
- ___ Forma G Custodia del Menor (sí es aplicable)

Documentos a ser entregados al momento de Inscripción

- ___ **Prueba de Edad del Menor**
(Acta de Nacimiento, Certificado del hospital, acta de bautizo)
- ___ **Prueba de Residencia**
(Factura de luz actual, pago de hipoteca, recibo de impuestos, contrato de renta firmado, acuerdo de venta)
- ___ **Prueba de Vacunas**
(incluyendo las vacunas contra Hepatitis B y Varicela, o prueba de que el niño tuvo varicella)



INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE (FORMA A)

NOMBRE _____ SEXO _____
APELLIDO(S) PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE M F

DIRECCION: _____
CALLE CIUDAD CODIGO POSTAL

TELEFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
Ciudad y Estado

FECHA INSCRIPCION INICIAL en E.U. _____ INGRESO MAS RECIENTE EN PA _____

ETNIA: HISPANO/LATINO ___ SI ___ NO

RAZA: ___ INDIO AMERICAN/NATIVO DE ALASKA ___ ASIATICO
___ NEGRO/AFROAMERICANO/ ISLAS DEL PACIFICO ___ HISPANO
___ BLANCO/CAUCASICO/NO HISPANO
___ MULTIPLE

Esta el estudiante viviendo en un hogar de acogida u hogar grupal? ___ SI ___ NO

En caso afirmativo:

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Existen papeles legales/de custodia para el menor? ___ SI ___ NO

Tiene el estudiante un plan IEP/504/GIEP? ___ SI ___ NO

En caso afirmativo, por favor entregue una copia del plan.

Escuela a la que asitió el menor previamente:

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ha asitado el estudiante a una escuela en el Distrito Escolar de North Penn? ___ SI ___ NO

En caso afirmativo, en que años y cuál escuela? _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL DISTRITO ESCOLAR

VERIFICATION OF DATE OF BIRTH _____ BIRTH CERTIFICATE # _____

IMMUNIZATIONS _____

PROOF OF RESIDENCY _____ SETTLEMENT STATEMENT _____ LEASE _____ UTILITY BILL _____ OTHER

EXPLAIN OTHER: _____

OFFICIAL ENROLLMENT DATE: _____ ANTICIPATED DATE OF ATTENDANCE: _____

INFORMACION FAMILIAR:

ESTADO CIVIL (Marque uno) **Casado(a)** **Soltero(a)** **Separado(a)** **Viudo(a)** **Divorciado(a)**

+++++

Marque uno:	MADRE	MADRASTRA	TUTOR (se requieren documentos de custodia)
-------------	-------	-----------	---

NOMBRE: _____
APELLIDO(S) PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TITULO

DIRECCION: _____
CALLE CIUDAD CODIGO POSTAL

CORREO ELECTRONICO: _____

TELEFONO DE CASA: _____ NO ENLISTADO? _____

TELEFONO CELULAR: _____ TELEFONO DE TRABAJO: _____

NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR: _____

+++++

Marque uno:	PADRE	PADRASTRO	TUTOR (se requieren documentos de custodia)
-------------	-------	-----------	---

NOMBRE: _____
APELLIDO(S) PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TITULO

DIRECCION: _____
CALLE CIUDAD CODIGO POSTAL

CORREO ELECTRONICO: _____

TELEFONO DE CASA: _____ NO ENLISTADO? _____

TELEFONO CELULAR: _____ TELEFONO DE TRABAJO: _____

NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR: _____

+++++

HERMANOS & HERMANAS:

Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Si el niño(a) asiste a la escuela: Nombre de la Escuela	Grado



401 E. Hancock Street
Lansdale, PA 19446
215.853.1086

Indicar: Camina a la Escuela _____
No. de Autobus _____

DISTRITO ESCOLAR DE NORTH PENN
INFORMACION DE EMERGENCIA (FORMA B)

Fecha de Nacimiento: _____
Homeroom: _____

Por favor provea la siguiente información acerca de su hijo(a). Reporte cualquier adición o cambio que ocurra durante el año escolar a la enfermera INMEDIATAMENTE. Esta forma debe ser llenada en su totalidad.

Apellido(s) del Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Grado
Dirección de los Padres si es diferente:	Ciudad	Código Postal	Teléfono	
Correo Electrónico del Padre:		Correo Electrónico de la Madre:		
Nombre del Padre o Tutor (Apellidos)	Nombre	Nombre de la Madre o Tutor (Apellidos)	Nombre	
Empleador del Padre/Tutor	Ciudad	Horario	Teléfono	Celular
Empleador de la Madre/Tutor	Ciudad	Horario	Teléfono	Celular

Nombre: _____	Teléfono: _____
Persona local que cuidará al menor en caso de que no se pueda localizar a los padres/tutores	
Nombre: _____	Teléfono: _____
Persona adicional que cuidará al menor	

Información Médica

¿Tiene su hijo alergias o una condición médica o emocional específica? No _____ Si _____
En caso afirmativo, por favor especifique: _____

¿Toma su hijo medicamentos diariamente? No _____ Si _____
En caso afirmativo, por favor especifique: _____

Mi hijo usa anteojos: Si No Mi hijo usa lentes de contacto Si No

Sabe si tiene una reacción a la picadura de abeja: Local: _____ Anafiláctica: _____

Mi hijo tiene permiso para tener un inhalador: Si No

Mi hijo puede recibir los siguiente medicamentos de un doctor o empleado autorizado de la escuela durante las horas de escuela:

Acetaminophen – (Grados K – 12) Si No

Ibuprofen – (Grados 6 – 12) Si No

Medico Familiar: _____ Teléfono: _____

Dentista Familiar: _____ Teléfono: _____

Como padre o tutor, he cuidadosamente proporcionado y/o verificado toda la información. Por la presente autorizo el tratamiento de mi hijo(a) para cualquier tratamiento médico de emergencia que pueda requerir en un momento en que no se me pueda contactar.

Firma del Padre/Tutor

Fecha



401 E. Hancock Street
Lansdale, PA 19446
215.853.1086

ENCUESTA DE LENGUAJE EN CASA (FORMA C)

La Oficina de Derechos Civiles (OCR) requiere que los distritos escolares identifiquen a los estudiantes con un nivel limitado de inglés (LEP). Pennsylvania ha seleccionado la Encuesta de Lenguaje en Casa como el método de identificación.

Nombre del Estudiante _____
(Apellidos) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Inscripción _____ Grado _____

Escuela _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ ___ Masculino ___ Femenino

Persona que llenó esta forma (sí es otra que el padre/tutor) _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Por favor conteste las tres preguntas siguientes:

1. Cual es el lenguaje nativo de los padres/tutores? _____

2. Cuando está en casa, el niño habla otro idioma que no sea Inglés más de la mitad del tiempo?

Si _____ No _____

En caso afirmativo, que idioma habla y entiende el niño? _____

En caso afirmativo, en que idioma lee y escribe el niño? _____

3. Ha asistido el niño a alguna escuela en los Estado Unidos por tres años durante su vida? Si No

En caso afirmativo, se identificó a su hijo como estudiante de ESL? Si No

Salio su hijo del Programa de ESL? _____

Por favor complete la siguiente información si su hijo ha asistido a la escuela en los Estados Unidos.

Nombre de la Escuela	Estado	Fechas que Asistio
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

El Distrito Escolar de North Penn tiene la responsabilidad bajo la ley federal de servir a estudiantes que tiene un nivel limitado de inglés y que necesitan servicios educativos en inglés. Dada ésta responsabilidad, el distrito escolar tiene el derecho de solicitar la información necesaria para identificar a Aprendices del Idioma Inglés (ELLs). Como parte de ésta responsabilidad para localizar e identificar ELLs, el distrito escolar puede realizar pruebas o solicitar información relacionada acerca de los estudiantes que ya están inscritos en el distrito, así como también de estudiantes que se inscribieran en un futuro. Rev11.12.15

NORTH PENN SCHOOL DISTRICT HEALTH SERVICES
HISTORY DE SALUD (FORMA D)

Al Padre o Tutor: La información solicitada en ésta forma ayudará a la escuela en determinar el estado de salud de su hijo(a), además de ayudar a la escuela en asistirle a recibir los beneficios máximos de las oportunidades educativas. Por favor llenela en **SU TOTALIDAD** y regresela **LO MAS PRONTO POSIBLE** a la enfermera de la escuela.

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Lugar de Nacimiento _____

Nombre del Padre: Apellido(s) _____ Nombre(s) _____

Nombre de la Madre: Apellido(s) _____ Nombre(s) _____

Nombre de Soltera de la Madre: _____ Teléfono de Casa _____

Dirección _____

Persona con la que vive el estudiante, si es otra que los padres:

Apellido(s) _____ Nombre _____ Parentesco _____

Si su hijo(a) ha padecido cualquiera de las siguientes condiciones, por favor provea las fechas:

FECHA	FECHA
Diabetes _____	Problemas del Corazón _____
Hipoglucemia _____	Fracturas _____
Asma _____	Heridas en la Cabeza _____
Bronquitis _____	Cirugía de Adenoides/Anginas _____
Pneumonía _____	Otras Cirugías _____
Infecciones por Estreptococos _____	Hospitalizaciones _____
Fiebre Escarlata _____	Corrección de la Visión _____
Infecciones de Oído _____	Trastorno de Déficit de Atención _____
Hepatitis _____	Problemas del Comportamiento _____
Varicela _____	Alergias (liste) _____
Tos ferina _____	Convulsiones/Ataques/Desmayos _____
Enliste cualquier complicación relacionada _____	

ENLISTE LA HISTORIA FAMILIAR RELACIONADA CON LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

Enfermedades Cardíacas(Fiebre Reumática) _____ Diabetes _____ Tuberculosis _____
Problemas de Visión _____ Epilepsia _____ Asma _____
Problemas Auditivos _____ Alergias (enliste) _____

OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA SALUD DE SU HIJO(A)

Está su hijo(a) bajo algún tratamiento médico o tomando algún medicamento: Si _____ No _____
En caso afirmativo, indique la razón o el medicamento: _____

INFORMACION MEDICA

Nombre del Seguro Médico: _____

Bajo las regulaciones del Departamento de Salud de Pennsylvania, su hijo(a) necesita tener una evaluación médica y dental en su archivo. Por favor indique su selección abajo (las evaluaciones deben ser completadas el día 15 de Octubre).

Médico Particular _____ Médico Escolar _____

Dentista Particular _____ Dentista Escolar _____

En el caso de una emergencia y no se me pueda ser contactar, Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea llevado al hospital para tratamiento de **emergencia**.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Requisitos de Vacunación en Pennsylvania

Niños en TODOS los grados (K-12) necesitan las siguientes vacunas:

- 4 dosis de vacuna antitetánica* (1 dosis en o después del 4^{to} cumpleaños)
- 4 dosis de vacuna contra la difteria* (1 dosis en o después del 4^{to} cumpleaños)
- 3 dosis de vacuna contra la polio
- 2 dosis de vacuna contra el sarampión**
- 2 dosis de vacuna contra las paperas**
- 1 dosis de vacuna contra la rubéola (sarampión alemán) **
- 3 dosis de vacuna contra la hepatitis B
- 2 dosis de vacuna contra la varicela o evidencia de inmunidad

* Usualmente administrada como DTP o DT o Td

** Usualmente administrada como MMR

Requisitos ADICIONALES de inmunización para entrar a 7^{mo} Grado:

- 1 dosis de vacuna conjugada contra el meningococo (MCV)
- 1 dosis de vacuna contra el tetanus, difteria y tos ferina (Tdap) [si han pasado 5 años desde la última vacuna contra el tétanos]

Requisitos Adicionales PROPUESTOS para el Año Escolar 2016-2017:

12^{vo} Grado

- Una segunda dosis de vacuna conjugada contra el meningococo (MCV)

Requisitos Adicionales PROPUESTOS para el Año Escolar 2016-2017:

- Eliminar la ventana provisional de ocho meses para el cumplimiento con las vacunas requeridas.
- Se permitirán cinco días a los estudiantes para presentar la documentación sobre inmunizaciones.
- Requerir la exclusión de un niño que carece de la única dosis de una vacuna que requiere una sola dosis, o la primera dosis de una vacuna de dosis múltiples.

Excepciones:

Las únicas excepciones a las leyes escolares para inmunizaciones son razones médicas, creencias religiosas, o fuertes convicciones filosóficas, morales o éticas. Si su hijo(a) está exento de vacunas, el o ella podrá ser retirado de la escuela durante un brote de infección.



DECLARACION DE REGISTRO PREVIO DE DISCIPLINA (Forma E)

La Ley de Pennsylvania exige que los padres de cada estudiante nuevo deben proveer al distrito escolar una declaración o afirmación jurada, indicando si, o no, su hijo o hija ha sido previamente, o está actualmente, suspendido o expulsado de cualquier otra escuela por cualquiera de las siguientes razones:

- 1. Un acto u ofensa que involucró armas.
2. Consumo de alcohol o cualquier otras drogas.
3. Por infligir intensionalmente lesiones a otra persona.
4. Por cualquier acto de violencia cometido en propiedad escolar.

Yo, _____, juro o afirmo que mi hijo/hija,
(Nombre del Padre o Tutor)

Nombre del Estudiante _____:
Apellido(s) Nombre(s)

MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES:

_____ no está actualmente suspendido(a) o expulsado(a) por una o más de la razones arriba enlistadas.

_____ está actualmente suspendido(a) o expulsado(a) por una o más de las razones arriba enlistadas.

- *
*
*
*
*
*
*
*
*
*

MARQUE UNA DE LA SIGUIENTES:

_____ no ha sido suspendido(a) o expulsado(a) por una o más de las razones arriba enlistadas.

_____ ha sido suspendido(a) o expulsado(a) por una o más de las razones arriba enlistadas.

Si su hijo/hija ha sido alguna vez suspendido(a) o expulsado(a), por favor provea la siguiente información:

Nombre del distrito escolar: _____

Nombre de la escuela: _____

Dirección de la escuela: _____

Teléfono de la escuela: _____

Razón por la suspensión o expulsion: _____

Duración de la suspensión o expulsion: _____

Nombre de la persona que suspendió o expulsó a su hijo(a): _____

Firma del Padre o Tutor

Fecha



401 E. Hancock Street
Lansdale, PA 19446
215.853.1086

LIBERACION DE REGISTROS DEL ESTUDIANTE (FORMA F)

PARA SER LLENADA POR EL PADRE/TUTOR (por favor use letra de imprenta)

ESCUELA ANTERIOR:

Nombre de la Escuela	

Dirección	

_____	_____
Teléfono	Número de Fax

Por la presente autorizo la liberación de todos los registros (incluyendo, pero no limitados a, educación, salud, registros de educación especial, etc.) de el estudiante identificado a continuación y para que un representante del distrito se comunique y reciba información de la escuela arriba referenciada.

Estudiante: _____	
_____	_____
Apellido(s)	Nombre(s)

Fecha de Nacimiento: _____

_____	_____
Fecha	Firma del Padre o Tutor

Por favor envíe/Traiga los registros a:

Nombre de la Escuela: _____

Dirección: _____

Teléfono _____ Fax _____

La información liberada es exclusivamente para el uso confidencial del Distrito Escolar de North Penn y su contenido no puede ser compartido o comunicado a cualquier otra persona sin la autorización de los padres o tutores.

Firma _____ Título _____ Fecha _____



INFORMACION DE LA CUSTODIA DEL MENOR (FORMA G)

La información requerida a continuación es necesaria para un menor que no vive con ambos padres naturales debido a separación o divorcio. Aunque el padre con quién reside el menor es el padre con custodia, **ambos** padres, por ley, tiene el mismo acceso al menor y a sus registros al menos que una orden judicial por escrito prohíba dicho acceso. La escuela debe tener una copia de cualquier orden judicial que limita los derechos de los padres sin custodia (ver #5 abajo).

1. Nombre del menor: _____

2. Nombre del padre con custodia con quién vive el menor:

3. Nombre y dirección (si se conoce) del padre sin custodia:

4. ¿Tiene usted la **custodia legal** a través de una orden judicial?
____ Si ____ No ____ Pendiente (fecha de finalización esperada): _____

Explique su tipo de custodia (por ejemplo, exclusiva, primaria, conjunta/compartida, etc.)

5. Si hay una orden judicial, ¿ésta limita el acceso a los registro escolares del padre sin custodia?
____ Si ____ No

En caso afirmativo una copia de la orden judicial debe ser incluida en el archivo escolar del menor.

6. ¿Puede el menor ser entregado al salir de la escuela al padre sin custodia? ____ Si ____ No

7. ¿Le proporcionará usted al padre sin custodia, de forma regular, información sobre el progreso del menor, como boletas de calificaciones y reportes de conferencias con los maestros? ____ Si ____ No

8. Por favor provea cualquier información adicional sobre la custodia del menor.

Fecha

Nombre

Firma del Padre con Custodia