



BEDMINSTER TOWNSHIP PUBLIC SCHOOL DISTRICT

234 Somerville Road

Bedminster, NJ 07921

Telephone (908) 234-0768 Fax (908) 234-2318

www.bedminsterschool.org



Adjunto encontrara el paquete de inscripcion escolar de Bedminster. Imprima el paquete A UNA SOLA CARA y devuelvalo por correo electronico at kjohnsen@bedminsterschool.org

- | | |
|--|-----------------------------|
| • Preguntas frecuentes | REQUERIDO |
| • Formulario de registro (2 páginas) | REQUERIDO (Gr. 1 through 8) |
| • Publicación de registros | OPCIONAL |
| • Formulario de cuestionario McKinney-Vento | REQUERIDO |
| • Registro Universal de Salud Infantil (2 páginas) | REQUERIDO |
| • Historial de salud (3 páginas) | REQUERIDO |

Además del paquete adjunto, se necesitan los siguientes documentos. Nos comunicaremos con usted para concertar una cita y proporcionar los originales de estos documentos.

IDENTIFICACIÓN DEL PADRE / TUTOR :

- pasaporte
- Licencia de conducir
- Identificación militar

PRUEBA DE NACIMIENTO ORIGINAL (Una de las siguientes opciones) :

- pasaporte
- Acta de nacimiento

PRUEBA (S) ORIGINAL (S) DE RESIDENCIA (Una de cada categoría) :

Categoría A

- o Factura de impuestos inmobiliarios
- o Hipoteca
- o Alquiler

Categoría B

- o Factura de servicios públicos
- o Extracto de cuenta

FÍSICO DE ESTADOS UNIDOS ESTAMPADO POR UN MÉDICO DE EE. UU.

INMUNIZACIONES ACTUALIZADAS DE UN MÉDICO DE EE. UU.

Una vez que el registrador haya visto los originales, se copiarán y se le devolverán directamente.

Haga una cita para completar el proceso de registro. Para contactar a Karna Johnsen, Registradora de la escuela, por correo electrónico: kjohnsen@bedminsterschool.org . O puede comunicarse con ella por teléfono al 908-234-0768, Extensión 202.



DISTRITO ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE BEDMINSTER

Preguntas frecuentes



¿Es Bedminster School un "distrito escolar único"?

Si. Somos un distrito escolar de prekínder a octavo y un distrito que envía a la escuela secundaria Bernards, Bernardsville, NJ en el distrito escolar de Somerset Hills.

¿Cuáles son los horarios de la escuela?

La escuela comienza a las 8:50 a. m. y termina a las 3:20 p. m. Ningún estudiante debe llegar antes de las 8:40 a. m. a menos que inscritos en una actividad que requiere que estén aquí antes del comienzo de la escuela, o a menos que estén inscritos en el programa de cuidado previo. Ningún estudiante permanecerá en las instalaciones después del cierre de la escuela a menos que participando en una de nuestras actividades extracurriculares o inscritos en el programa de cuidado extracurricular.

¿Tiene un programa de cuidado antes y después?

En este momento, no hay atención previa. El cuidado después de clases se lleva a cabo en la escuela y es proporcionado por Somerset Hills YMCA. Visite el sitio web y haga clic en "información" y "cuidado de niños" para obtener más información sobre el programa.

¿Mi hijo recibirá transporte?

Todos los estudiantes que residan en el Municipio de Bedminster recibirán transporte de cortesía.

¿Cómo funciona el transporte escolar con las diferencias de grado dentro de la escuela?

Bedminster School se enorgullece de la gestión de nuestras diferencias de edad. En ese sentido, asignamos asientos en nuestros autobuses, por lo que los niños de kindergarten están cerca del frente y los niños mayores se sientan hacia la parte de atrás. No tenemos monitores que anden en el bus con los alumnos, pero si tenemos monitores que lleven asistencia diaria para nuestros estudiantes en los grados K a 4, así como hacer cumplir las asignaciones de asientos.

¿Mi hijo tiene que viajar en el autobús?

No. Tenemos opciones para el cuidado posterior y para que lo recojan los padres. Puede establecer un arreglo permanente para el año por escrito con nuestra recepción, u ocasionalmente cambiar el destino de su hijo en una sola vez base por escrito antes de las 2:00 p.m. Consulte los procedimientos de llegada y salida que figuran en nuestro sitio web. en "Información" y "Documentos relacionados con la verificación de los padres".

¿Mi hijo tiene que traer el almuerzo todos los días?

No. Tenemos una cafetería con almuerzo caliente y sándwiches que su hijo puede utilizar. Puede enviar con dinero o abra una cuenta para su hijo que se pueda recargar durante el año escolar.

¿Podemos organizar un recorrido por la Escuela Bedminster?

Los tours durante el año no están disponibles. Como estudiante nuevo o de Kinder que se registre durante el verano, usted y su hijo podrán ver las instalaciones en la orientación en septiembre, justo antes de la comienzo del año escolar.



Escuela Bedminster

Paquete de registro de jardín de infantes



Adjunto encontrará el paquete de inscripción escolar de Bedminster. Imprima el paquete A UNA SOLA CARA y devuélvalo por correo electrónico a kjohnsen@bedminsterschool.org

- Requisitos de vacunas para kindergarten / primer grado
- FAQs
- Formulario de registro (2 páginas) **REQUERIDO**
- Formulario de cuestionario McKinney-Vento **OPCIONAL**
- Registro universal de salud infantil (2 páginas) **REQUERIDO**
- Historial de salud (3 páginas) **REQUERIDO**
- Formulario de encuesta sobre el idioma del hogar **REQUERIDO**

Además del paquete adjunto, se necesitan los siguientes documentos. Esto se hará mediante una cita de registro. Recibirá un correo electrónico después de recibir los documentos iniciales con un enlace para registrarse para una cita.

IDENTIFICACION DE PADRES/TUTOR:

- Passporte
- Licencia de Conducir
- Identificacion Militar

PRUEBA ORIGINAL DE NACIMIENTO (Una de las siguientes opciones):

- Passporte
- Certificado de Nacimiento

PRUEBA ORIGINAL DE RESIDENCIA (Una de las siguientes opciones):

Categoría A

- o Factura de contribucion de impuesto inmobiliario
- o Hipoteca
- o Arrendamiento

Categoría B

- o Factura de servicios publicos
- o Estado de cuenta bancaria

EXAMEN FISICO FIRMADO Y CON EL SELLO DE UN MEDICO DE ESTADOS UNIDOS

IMMUNIZACIONES ACTUALIZADAS POR UN MEDICO DE ESTADOS UNIDOS

Kindergarten - Requisitos de vacunas de primer grado

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

DTaP

Total de 4 dosis: 1 en 7 después del 4to cumpleaños O 5 dosis cualesquiera _____

IPV

Total de 3 dosis: 1 en 7 después del 4to cumpleaños O 5 dosis cualesquiera _____

MMR

2 Dosis _____

Varicella

1 Dosis _____

Hep B

3 Dosis _____

Varicella

1 Dosis _____

Entrada Provisional

Vacuna: _____

Proxima Fecha de Vencimiento de Vacuna: _____

Como padre de este estudiante, entiendo que mi hijo debe ser vacunado con las vacunas anteriores, antes de que regrese a la escuela. _____

Iniciales

Enfermera Escolar

Padres



DISTRITO ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE BEDMINSTER

REGISTRACION DEL ESTUDIANTE

FORMULARIO DE INSCRIPCION DE ESTUDIANTE (escriba en letra de molde y complete TODAS las secciones)



Nombre del Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Año Escolar / Grado:

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Nombre de nacimiento del estudiante (si es diferente al nombre actual):

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Numero de telefono de la casa del estudiante:

Direccion Fisica del estudiante, ciudad, estado y codigo postal:

Direccion Fisica del estudiante, ciudad, estado y codigo postal (si es diferente de la direccion fisica):

Direccion

Ciudad

Estado/Codigo postal

Direccion Fisica del estudiante, ciudad, estado y codigo postal (si es diferente de la direccion fisica):

Direccion

Ciudad

Estado/Codigo postal

Etnicidad (si es multiracial, marque todos los que correspondan):

Hispano

Afroamericano

Genero:

Masculino

Bianco

Isleno del Pacifico / Nativo de Hawaii

(marque un circulo): Femenina

Asiatico

Indio Americano / Nativo de Alaska

Masculino

Femenina

Sexo de nacimiento del estudiante (si es diferente del sexo actual):

Masculino

Femenina

Ciudad, Estado y Pais de nacimiento:

Ciudad

Estado

Pais

Si el pais de nacimiento NO es Estados Unidos:

Fecha de Entrada a los Estados Unidos:

Fecha del Primer Dia de entrada:

Idioma Principal que se habla en Casa:

Idioma Nativo:

¿Tiene el estudiante seguro medico? (Por favor marque con un circulo):

NO

SI

En caso afirmativo, indique el proveedor de seguro:

¿Esta el padre/madre del estudiante en servicio militar activo, en la Guardia Nacional o en el componente de reserva de los servicios militares de los Estados Unidos? NO SI

(encima)

INFORMACION PARA PADRES / TUTORES

Marque con un círculo Padre/Tutor Residente de Westminster Madre Padre Ambos

?La custodia de este niño esta limitada por orden judicial o acuerdo legal? NO SI

SEES SI - **EL DOCUMENTO LEGAL ORIGINAL QUE DECLARA LA CUSTODIA RESIDENCIAL DEBE SER PROPORCIONADO A LA ESCUELA AL HACER LA INSCRIPCION**

INFORMACION DE MADRE:

Domicilio: Ciudad, Estado y **NOMBRE**

Codigo postal: **Direccion** **Ciudad** **Estado /Codigo postal**

Telefono de la casa: **Telefono Celular:** **Telefono de trab ajo:**

Direccion de correo electronico: **Telefono Celular:** **Telefono de trab ajo:**

INFORMACION DEL PADRE:

Domicilio: Ciudad, Estado y **NOMBRE**

Codigo postal: **Direccion** **Ciudad** **Estado /Codigo postal**

Telefono de la casa: **Telefono Celular:** **Telefono de trab ajo:**

Direccion de correo electronico: **Telefono Celular:** **Telefono de trab ajo:**

CONTACTOS DE EMERGENCIA EN INFORMACION DE HERMANOS

Contacto #1 **NOMBRE:** **PARIENTESCO:** **TRABAJO:**

TELEFONO: **CELULAR:** **TRABAJO:**

Contacto #2 **NOMBRE:** **PARIENTESCO:** **TRABAJO:**

TELEFONO: **CELULAR:** **TRABAJO:**

Contacto #3 **NOMBRE:** **PARIENTESCO:** **TRABAJO:**

TELEFONO: **CELULAR:** **TRABAJO:**

Contacto #4 **NOMBRE:** **PARIENTESCO:** **TRABAJO:**

TELEFONO: **CELULAR:** **TRABAJO:**

INFORMACION DE HERMANOS: 1) **NOMBRE:** **EDAD:**

2) **NOMBRE:** **EDAD:**

3) **NOMBRE:** **EDAD:**

SEEM PROGRAMS

?Ha estado su hijo alguna vez en un programa de necesidades especiales? NO SI (En caso afirmativo, marque con un circulo

?Está su hijo actualmente en un programa de necesidades especiales? NO SI todo lo que corresponda):

IEP 504 1 & RS

?Su hijo recibe servicios del habla? NO SI

?Su hijo ha estado alguna vez o está actualmente en un programa de dominio limitado del inglés / inglés como segundo idioma (ESL)? NO SI

POR FAVOR ESTE SEGURO DE FIRMAR Y ESCRIBIR LA FECHA

FIRMA DE PADRES / TUTOR: **FECHA:**

BEDMINSTER TOWNSHIP PUBLIC SCHOOL DISTRICT

234 Somerville Road
Bedminster, New Jersey 07921
Telephone (908) 234-0768 Fax (908) 234-2318
www.bedminsterschool.org

SOLICITUD DE EXPEDIENTES DEL ESTUDIANTE

NA ME Y DIRECCION DE ESCUELA ANTERIOR

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

N. DE FAX: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

GRADO

FECHA DE NACIMIENTO

(Por favor imprimir)

El alumno mencionado anteriormente se ha inscrito recientemente en nuestra escuela. Envíe todos los registros académicos, de salud y CST a:

BEDMINSTER TOWNSHIP SCHOOL
234 SOMERVILLE ROAD
BEDMINSTER, NJ 07921
ATTENTION: SCHOOL SECRETARY

Por la presente autorizo la divulgación de los registros académicos / de salud / CST relacionados con el alumno mencionado anteriormente a la escuela Bedminster Township School.

Padre / tutor Firma Da te

Fecha

English translation is on the form attached.



FORMULARIO DE CUESTIONARIO MCKINNEY-VENTO
(OPCIONAL Y CONFIDENCIAL)
Escuela del Municipio de Bedminster



Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____

Su hijo puede ser elegible para recibir servicios educativos a través de la Ley de Asistencia para Personas sin Hogar de McKinney-Vento. La elegibilidad puede determinarse respondiendo este cuestionario. **LA INFORMACION QUE PROPORCIONA ES CONFIDENCIAL. SI ese legible, los estudiantes deben inscribirse de inmediato de acuerdo con la Ley de Asistencia McKinney-Vento.**

1. ¿Vive usted/ su estudiante en alguna de las siguientes situaciones?

- En caso de emergencia o refugio de transición o programa
- Comparte la vivienda de otras personas debido a:
 - Pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar (es decir, desalojado)
 - Arreglo de vivienda cooperativa a largo plazo
 - Otro (por favor especifique): _____
- En un vehículo de cualquier tipo, parqueo, espacio público, edificio abandonado, vivienda deficiente, estación de autobús o tren o ambiente similar
- En un motel, hotel, campamento o ambiente similar debido a: (seleccione uno)
 - Falta de alojamientos alternativos adecuados
 - Un arreglo de vivienda conveniente (es decir, esperando que el apartamento / casa esté listo)
 - Otro (favor de especificar): _____
- Ninguno de los anteriores

1. ¿Cuál es su situación de vida o la de su estudiante? Por favor, marque una casilla.

- Vivir con su padre/madre o tutor legal
- Vivir solo
- Vivir con un adulto que no es un padre o tutor legal

La persona que firma abajo certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta:

IMPRIMA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA LLENANDO ESTE FORMULARIO:

FIRMA: _____

FECHA: _____

DIRECCION DE RESIDENCIA ACTUAL: _____

NUMERO DE TELEFONO O NUMERO DE MANSAJE: _____

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The medical eligibility form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student-Athlete Cardiac Assessment Professional Development module hosted by the New Jersey Department of Education.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance)

HISTORY FORM

Note: Complete and sign this form (with your parents if younger than 18) before your appointment.

Name: _____ Date of birth: _____

Date of examination: _____ Sport(s): _____

Sex assigned at birth (F, M, or intersex): _____ How do you identify your gender? (F, M, non-binary, or another gender): _____

Have you had COVID-19? (check one): Y N

Have you been immunized for COVID-19? (check one): Y N If yes, have you had: One shot Two shots
 Three shots Booster date(s) _____

List past and current medical conditions. _____

Have you ever had surgery? If yes, list all past surgical procedures. _____

Medicines and supplements: List all current prescriptions, over-the-counter medicines, and supplements (herbal and nutritional). _____

Do you have any allergies? If yes, please list all your allergies (ie, medicines, pollens, food, stinging insects). _____

Patient Health Questionnaire Version 4 (PHQ-4)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Circle response.)

	Not at all	Several days	Over half the days	Nearly every day
Feeling nervous, anxious, or on edge	0	1	2	3
Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3

(A sum of ≥ 3 is considered positive on either subscale [questions 1 and 2, or questions 3 and 4] for screening purposes.)

GENERAL QUESTIONS

(Explain "Yes" answers at the end of this form. Circle questions if you don't know the answer.)

	Yes	No
1. Do you have any concerns that you would like to discuss with your provider?		
2. Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason?		
3. Do you have any ongoing medical issues or recent illness?		

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU

	Yes	No
4. Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?		
5. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?		
6. Does your heart ever race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise?		
7. Has a doctor ever told you that you have any heart problems?		
8. Has a doctor ever requested a test for your heart? For example, electrocardiography (ECG) or echocardiography.		

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU

(CONTINUED)

	Yes	No
9. Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise?		
10. Have you ever had a seizure?		

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY

	Unsure	Yes	No
11. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 35 years (including drowning or unexplained car crash)?			
12. Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy (HCM), Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QT syndrome (LQTS), short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia (CPVT)?			
13. Has anyone in your family had a pacemaker or an implanted defibrillator before age 35?			

BONE AND JOINT QUESTIONS		Yes	No
14. Have you ever had a stress fracture or an injury to a bone, muscle, ligament, joint, or tendon that caused you to miss a practice or game?			
15. Do you have a bone, muscle, ligament, or joint injury that bothers you?			
MEDICAL QUESTIONS		Yes	No
16. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?			
17. Are you missing a kidney, an eye, a testicle, your spleen, or any other organ?			
18. Do you have groin or testicle pain or a painful bulge or hernia in the groin area?			
19. Do you have any recurring skin rashes or rashes that come and go, including herpes or methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)?			
20. Have you had a concussion or head injury that caused confusion, a prolonged headache, or memory problems?			
21. Have you ever had numbness, had tingling, had weakness in your arms or legs, or been unable to move your arms or legs after being hit or falling?			
22. Have you ever become ill while exercising in the heat?			
23. Do you or does someone in your family have sickle cell trait or disease?	Unsure		
24. Have you ever had or do you have any problems with your eyes or vision?			

MEDICAL QUESTIONS (CONTINUED)		Yes	No	
25. Do you worry about your weight?				
26. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?				
27. Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods or food groups?				
28. Have you ever had an eating disorder?				
MENSTRUAL QUESTIONS		N/A	Yes	No
29. Have you ever had a menstrual period?				
30. How old were you when you had your first menstrual period?				
31. When was your most recent menstrual period?				
32. How many periods have you had in the past 12 months?				

Explain "Yes" answers here.

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

Signature of athlete: _____

Signature of parent or guardian: _____

Date: _____

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The medical eligibility form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module Hosted by the New Jersey Department of Education.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance) PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

- 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, e-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-enhancing 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?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4-Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / (/)	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
COVID-19 VACCINE		
Previously received COVID-19 vaccine: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
Administered COVID-19 vaccine at this visit: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If yes: <input type="checkbox"/> First dose <input type="checkbox"/> Second dose <input type="checkbox"/> Third dose <input type="checkbox"/> Booster date(s) _____		
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart* • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin • Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional • Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

* Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

Preparticipation Physical Evaluation Medical Eligibility Form

The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to school. It should be kept on file with the student's school health record.

Student Athlete's Name _____ Date of Birth _____

Date of Exam _____

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of
- Medically eligible for certain sports
- Not medically eligible pending further evaluation
- Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have reviewed the history form and examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings- are 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 medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Signature of physician, APN, PA _____

Office stamp (optional)

Address: _____

Name of healthcare professional (print) _____

I certify I have completed the Cardiac Assessment Professional Development Module developed by the New Jersey Department of Education.

Signature of healthcare provider _____

Shared Health Information

Allergies _____

Medications:

Other information: _____

Emergency Contacts: _____

**Escuela del municipio de Bedminster
Historial de la salud**

Nombre completo del Niño:

(Apellido)	(Primer nombre)	(Segundo nombre)	Grado
(Fecha de Nacimiento)	(País de Nacimiento)		

Complete el siguiente historial de salud. Escriba las fechas, si es posible.

¿Ha tenido su hijo alguno de estos? En caso afirmativo, explique:

1. Accidentes
2. Reacciones alérgicas (incluye picaduras de abejas, alimentos o medicamentos, etc.)
Sí No En caso afirmativo, explique _____

¿En el pasado, su hijo ha necesitado medicamentos o atención médica por tener una reacción a una picadura de abeja o alergia de alimentos? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, proporcione detalles:

3. Ataque Asmático Sí ___ No ___ Otras Infecciones Respiratorias: Sí ___ No ___

Explique _____

4. Enfermedad o lesión ósea o articular: Sí ___ No ___ En caso afirmativo, explique _____

5. Enfermedades Transmisibles (especifique): _____

6. Convulsiones o ataques: Sí ___ No ___ En caso afirmativo, explique _____

7. Diabetes: _____

8. Problemas Dentales Sí ___ No ___ Explique _____

9. Infecciones en el Oído Sí ___ No ___ Tubos auditivos: Sí ___ No ___ Fecha _____

¿Tiene su hijo un problema de audición? Sí ___ No ___

¿Su hijo usa aparatos de audio? Sí ___ No ___

¿Tiene su hijo problema de habla / lenguaje? Sí ___ No ___

10. Infecciones frecuentes de garganta: Sí ___ No ___

11. Frecuentes dolores de cabeza: Sí ___ No ___

12. Problemas Renales o del Tracto urinario: Sí ___ No ___ Explique si es sí _____

13. Problemas cardíacos / soplos / fiebre reumática: Sí No

Explique _____

14. ¿Tiene su hijo algún problema de visión? Sí No

15. ¿Su hijo usa espejuelos (anteojos)? Sí _____ (cuando) No _____

16. ¿Tiene su hijo algún problema o limitación neuromuscular? Sí No _____

Explique si es sí

17. ¿Su hijo tiene algún retraso en el desarrollo o le han diagnosticado algún síndrome?

Sí No Explique si es sí

18. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado su hijo? Sí No En caso afirmativo, indique cuándo y razón: _____

19. ¿Qué medicamento, si alguno, toma su hijo?

20. ¿Tiene su hijo alguna limitación física actual que pueda requerir modificaciones o restricciones del programa?

21. Favor de agregar cualquier otro problema o comentarios que usted le gustaría compartir con la enfermera escolar: _____

Nota: No medicamento se puede administrar en la escuela sin un formulario de administración de medicamentos completo firmado por el padre y el médico que prescribe la medicina. Todos los medicamentos deben estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia intacta. Los medicamentos deben ser entregados personalmente a la enfermera de la escuela por el padre o tutor. Consulte la enfermera de la escuela o el sitio web de la escuela para obtener los formularios de administración de medicamentos.

Firma de los padres _____ Fecha _____

Nombre completo/madre _____ Empleador _____

Domicilio _____ Dirección de trabajo _____

Números de teléfono (casa) _____ Trabajo _____ Celular _____

Nombre completo/padre _____ Empleador _____

Domicilio _____ Dirección de trabajo _____

Números de teléfono (casa) _____ Trabajo _____ Celular _____

Situación del hogar:

___Padres viven juntos

___Hogar de un solo padre/madre

___Padres separados

___Padre casado por segunda vez

___Padres divorciados

___Madre casada por segunda vez

___Tutor cuida por el niño

___Otro _____

Si los padres están divorciados o separados, ¿quién tiene la custodia legal (oficial)?

**** Los documentos de custodia legal deben entregarse a la oficina principal y serán colocados en el registro permanentes del niño.**

Nombre del niño _____

Nombre(s) y edad(es) de hermano(s) _____

Última escuela a la que asistió _____ dirección: _____

Describa la última experiencia escolar del niño:

¿Estaba el niño ausente con frecuencia? Si es así, explique:

Personalidad y Desarrollo Emocional

Por favor marque todo lo que corresponda a su hijo:

_____ Alegre	_____ Malhumorado	_____ Introverso
_____ Triste	_____ Se molesta fácilmente	_____ Hiperactivo
_____ Amigable	_____ Callado	

¿Problemas cuando se separa de la familia? Sí _____ No _____

Explique: _____

¿Muerte de un pariente? Sí _____ No _____ Explique: _____

Interacciones sociales

(marque donde corresponda) _____

Compañeros

Adultos

____ Buena
____ Regular
____ No hay interacción

____ Buena
____ Regular
____ No hay interacción

¿Evento traumáticos? Sí _____ No _____ explique _____

Enumere cualquier inquietud, pregunta o problema que el personal de la escuela debe saber

Firme abajo si desea que esta página sea compartida con el maestro de su hijo (si es necesario).

Firma del padre/la madre _____

Bedminster Township School
234 Somerville Road, Bedminster, NJ 07921
908-234-0788

Encuesta sobre el idioma del hogar

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Dirección del estudiante: _____

Número de teléfono del estudiante: _____

Question 1: ¿Cuál fue el primer idioma que utilizó el alumno? _____

Question 2: En casa, ¿el estudiante escucha o usa un idioma que no sea inglés más de la mitad del tiempo?
Circle one: Yes No

Question 3: ¿El estudiante comprende otro idioma que no sea el inglés?
Circle one: Yes No

Question 4: Al interactuar con sus padres o tutores, ¿el estudiante usa un idioma que no sea inglés más de la mitad del tiempo?
Circle one: Yes No

Question 5: Al interactuar con cuidadores que no sean sus padres o tutores, ¿el estudiante usa otro idioma además del inglés más de la mitad del tiempo?
Circle one: Yes No

Question 6: ¿Se ha mudado el estudiante recientemente de otro distrito escolar / escuela autónoma donde estaba identificado como un aprendiz del idioma inglés?
Circle one: Yes No

Firma del Padre / Tutor

Fecha