



Orange Township Public Schools

Dr. Gerald Fitzhugh, II
Superintendente de Escuelas



Spottswood Lisa Brown

Registro Civil del Distrito/Servicios de Información de Apoyo Manager

A todas las personas Registro de un niño:

Sólo los padres o tutores legales, pueden registrar a un estudiante en el Distrito Escolar Público de Orange. Los siguientes elementos deben ser proporcionados a un estudiante con el proceso de registro. En el momento de la inscripción, por favor, presente **todos los elementos siguientes**:

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

- Certificado de Nacimiento (se debe copiar y se mantienen en EL DR. archivo)
- Identificación otorgado por El Estado de Nueva Jersey
- Registros de Inmunización
- Examen físico con fecha del mismo año (no obligatorio)
- Una tarjeta de transferencia de la escuela previa
- Tarjeta de informe reciente y los resultados de las pruebas o exámenes
- Transcripción completa (estudiantes de secundaria)
- Programa de Educación Individual (IEP) (si procede)

PADRE/TUTOR PRUEBA DE IDENTIDAD

- Carnet de conductor vigente, IDENTIFICACIÓN estatal, o el pasaporte

PRUEBA DE RESIDENCIA

En el momento de la inscripción, deberá presentar uno de los siguientes documentos primarios MÁS DOS de los siguientes **documentos secundarios**. Todos los documentos deben ser originales de fecha en los últimos treinta (30) días:

Documentos primarios aceptables

- Contrato de compra o venta
- Declaración de Impuestos
- Hipoteca
- Contrato de Alquiler actual
- Escritura de Propiedad
- Recibo de Agua

Documentos secundarios aceptables

- Factura de Servicios Públicos (debe estar en su nombre legal)
- Extracto de la tarjeta de crédito (debe ser actual)
- Carnet de conductor vigente **o actual** seguro del vehículo **o** Tarjeta de registro
- Cheque Actual
- Las declaraciones de beneficios estatales o de Asistencia Pública Documentos
- Tarjeta de seguro medico
- Comunicado del Banco
- Cable/Satélite bill

TODOS LOS PADRES QUE NECESITEN UNA DECLARACIÓN JURADA DEL DUEÑO/PROPIETARIO DEBERÁ INFORMAR A LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL DEL DISTRITO.

***** Consulte condiciones especiales que se aplican a continuación *****

PRUEBA DE RESIDENCIA CONDICIONES ESPECIALES:

- Si usted no tiene **un** contrato de arrendamiento y usted y su niño residen con un amigo o familiar en una casa privada, el propietario deberá aportar la prueba de la propiedad. Además, el propietario/dueño debe de llenar un Formulario de Declaración Jurada. **Dos (2)** pruebas complementarias de la residencia secundaria de nuestra lista de documentos aceptados deben ser proporcionados por los padres o tutores del niño (ren) que se registra.
- Si no tiene un contrato de arrendamiento y usted y su niño (ren) residen con un amigo o familiar en un edificio de apartamentos, el dueño o Organismo de Gestión deben completar el Formulario de la declaración jurada del propietario/dueño **no el arrendatario alquilar el apartamento.** **Dos (2)** pruebas complementarias de la residencia secundaria de nuestra lista de documentos aceptados deben ser proporcionados por los padres o tutores del niño(s) que se registra.

***** **NOTA** *****

Para el ingreso al jardín de infantes, el niño debe tener cinco años de edad cumplidos en **o antes del 1 de octubre**

Registro de Guardián, Declaración Jurada, DYFS y corte de las colocaciones:

- DYFS debe presentar una orden de la corte o de DYFS una carta de identificación.
- Para la tutoría y/o custodia legal debe informar a:

**Wilentz Justice Complex
212 Washington Street 13^º Habitación 1365
Newark, NJ 07102
(973) 693-5560
Horas de funcionamiento 8AM - 16:30**

Paquetes Registro incompleto no será aceptado y puede demorar la inscripción Estudiantil



Orange Township Public Schools

Dr. Gerald Fitzhugh, II
Superintendente de Escuelas



Spottswood Lisa Brown
Registro Civil del Distrito/Servicios de Información de Apoyo Manager

RESIDENCIA ESTUDIANTIL

EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE REALIZAR COMPROBACIONES DE RESIDENCIA

Los estudiantes que no están jurídicamente domiciliados en el Municipio de Orange no tienen derecho a una educación gratuita en El Distrito Escolar Público de Orange.

Por favor tenga en cuenta que la inscripción en las escuelas públicas de Orange son permitidas sólo para aquellos niños cuyos padres(s) /guardián(s) son residentes de Orange. En **N. J. AC. 6A:22-4.1**, las condiciones para la admisión en El Distrito Escolar Público es objeto de una evaluación exhaustiva y que existe la posibilidad de evaluación de la enseñanza en el caso de que un estudiante sea admitido inicialmente más tarde que no reúnan las condiciones para inscripción.

Por otra parte, el residente que a sabiendas autorice su nombre y/o dirección que se va a utilizar en el registro de un estudiante no residente para el propósito de asistir a las Escuelas Públicas de Orange será perseguido con todo el peso de la ley y demandado por la matrícula para el período de no asistencia a la escuela en el distrito escolar.

Prueba de Residencia son hechas frecuentemente a los estudiantes a base regular y pueden llevarse a cabo tan pronto o temprano como 6:00am.

QUIERO dar testimonio que a mi mejor conocimiento la información de residencia presentada es verdadera y correcta. Comprendo plenamente las declaraciones fraudulentas, las reivindicaciones o los documentos serán juzgados con todo el rigor de la ley.

Por favor, inicie sesión a continuación:

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

FORMULARIO DE INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES.

(Tal como aparece en el certificado de nacimiento)

| | | |
|--|--|---|
| Apellido | Primer Nombre | Segundo nombre |
| Dirección de su casa | Ciudad, Estado y Código postal | Fecha que se mudo a esta dirección |
| Dirección anterior | Ciudad, Estado y Código postal | Casa Actual Número de teléfono |
| Fecha de nacimiento | Ciudad y Estado de nacimiento | País de nacimiento |
| Identificación del Estado# (SID) | Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | |
| Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Amer. India <input type="checkbox"/> Isleños del Pacífico | | |
| Primer grado: <input type="checkbox"/> KF <input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> 4ª <input type="checkbox"/> 5ª <input type="checkbox"/> 6ª <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 | | |
| Lengua hablada en el hogar? _____ | | |
| Estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otros | | |
| Escuela: | | |
| <input type="checkbox"/> Rosa Parks Escuela Comunitaria | <input type="checkbox"/> Heywood Avenue School | <input type="checkbox"/> Orange Preparatory Academy |
| <input type="checkbox"/> Cleveland Street School | <input type="checkbox"/> Lincoln Avenue School | <input type="checkbox"/> Park Avenue School |
| <input type="checkbox"/> Forest Street School | <input type="checkbox"/> Oakwood Avenue School | <input type="checkbox"/> Orange High School |
| Información de la escuela anterior: | | |
| Nombre de la Escuela | Ubicación | De: _____ a: _____ Grado Fechas de asistencia |

EL ESTUDIANTE HA SIDO CLASIFICADOS O INSCRITOS EN CLASES DE EDUCACIÓN ESPECIAL?
 SÍ NO

EL ESTUDIANTE HA ESTADO RECIBIENDO LAS ACOMODACIONES A TRAVÉS DE UN PLAN 504?
 SÍ NO

EL ESTUDIANTE ES CUBIERTO POR SEGURO DE SALUD? SÍ NO

SÍRVASE FACILITAR UNA LISTA DE LOS PROVEEDORES DE SEGUROS

Doy testimonio de lo mejor de mi conocimiento la siguiente información es verdadera y correcta. Las declaraciones fraudulentas o reclamaciones pueden llevar a con todo el rigor de la ley.

Firma de la persona que completo esta solicitud

Relación con el Estudiante

Fecha ____/____/____

(SÓLO PARA USO DE LA OFICINA) Entrada Date ____/____/____ número de identificación del estudiante

Funcionario completar el paquete de registro _____
 Firma

Fecha ____/____/____

MADRE/TUTOR LEGAL

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

| | | |
|---|---|--|
| Apellido | Primer Nombre | Relación de los alumnos |
| Dirección de su casa | Ciudad, Estado y Código postal | Fecha de |
| Número de teléfono particular | Número de teléfono móvil | Dirección de correo electrónico |
| Fecha de nacimiento | Ciudad y Estado de nacimiento | País de nacimiento |
| Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Amer. India <input type="checkbox"/> Isleños del Pacífico | | |
| Residencia Información: | | |
| <input type="checkbox"/> Propietario | <input type="checkbox"/> Casa unifamiliar | <input type="checkbox"/> Casa Multi-Nivel |
| <input type="checkbox"/> El arrendador | <input type="checkbox"/> Casa de dos Familias | <input type="checkbox"/> Apartamento en una casa privada |
| | <input type="checkbox"/> Edificio de apartamentos | |
| Información de la dirección anterior | | |
| Número y nombre de la Calle | | Ciudad Estado, Código postal |
| Empleador | Ocupación | Número de teléfono del trabajo |
| Dirección del Trabajo | | |
| Número y nombre de la Calle | | Ciudad Estado, Código postal |

PADRE/TUTOR LEGAL

| | | |
|---|---|--|
| Apellido | Primer Nombre | Relación de los alumnos |
| Dirección de su casa | Ciudad, Estado y Código postal | Fecha de |
| Número de teléfono particular | Número de teléfono móvil | Dirección de correo electrónico |
| Fecha de nacimiento | Ciudad y Estado de nacimiento | País de nacimiento |
| Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Amer. India <input type="checkbox"/> Isleños del Pacífico | | |
| Residencia Información: | | |
| <input type="checkbox"/> Propietario | <input type="checkbox"/> Casa unifamiliar | <input type="checkbox"/> Casa Multi-Nivel |
| <input type="checkbox"/> El arrendador | <input type="checkbox"/> Casa de dos Familias | <input type="checkbox"/> Apartamento en una casa privada |
| | <input type="checkbox"/> Edificio de apartamentos | |
| Información de la dirección anterior | | |
| Número y nombre de la Calle | | Ciudad Estado, Código postal |
| Empleador | Ocupación | Número de teléfono del trabajo |
| Dirección del Trabajo | | |
| Número y nombre de la Calle | | Ciudad Estado, Código postal |



Orange Township Public Schools

Dr. Gerald Fitzhugh, II
Superintendente de Escuelas



Spottswood Lisa Brown
Registro Civil del Distrito/Servicios de Información de Apoyo Manager

SOLICITUD PARA EXPEDIENTES ACADÉMICOS DE LOS ALUMNOS

Fecha solicitada

Nombre de Escuela Anterior

Nombre del alumno

Fecha de nacimiento

Grado

De conformidad con lo dispuesto en la L. P. 2002, C63 (N. J. S. A. 18:36-25,1) y en la sección 1 de P. L. 1982, C. 79 (N. J. S. A.2A, 4A-60) , El Distrito Escolar Público del Municipio de Orange solicita su asistencia de toda la información y registros que se han mencionado anteriormente sobre el niño. Esta petición se hace en virtud de este estudiante entrando en nuestro sistema escolar.

Por favor incluya los siguientes:

- _____ Transcripciones Oficiales
- _____ Resultados de pruebas
- _____ Clave del distrito sistema de clasificación
- _____ Salud/registros de inmunización o informes médicos
- _____ Registros de asistencia/datos
- _____ Expedientes disciplinarios incluyendo infracciones impuestas por su distrito escolar
- _____ Notificación de que el distrito ha obtenido la información de acuerdo con N. J. S. A. 2A:4A-60 (Es decir, los cargos de la delincuencia juvenil)
- _____ Educación Especial los resultados de los ensayos y/o informes (IEP's, los informes psicológicos, etc.)
- _____ Documentos de Tutela

Miembro del personal Solicitando registros

Firma del padre/tutor



Orange Township Public Schools

Dr. Gerald Fitzhugh, II
Superintendente de Escuelas



Lisa Spottswood Brown
Registrador del Distrito/Gerente de Servicios de Apoyo a la Información

FORMULARIO DE ENCUESTA DE IDIOMA CASERO

Introducción

Esta encuesta es el primero de tres pasos para identificar si un estudiante es elegible o no para ser un estudiante de inglés (ELL). Comience con la "Pregunta 1" y continúe hasta que el HLS esté completo. Seleccione la respuesta para cada pregunta y siga las instrucciones.

(POR FAVOR IMPRIMIR LEGIBLY)

Información del estudiante

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

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de entrada a Estados Unidos: ____ / ____ / ____ **Lugar de Nacimiento:** _____

1. ¿Cuál fue el primer idioma utilizado por el estudiante? _____

2a. En casa, ¿el estudiante escucha o usa un lenguaje aparte del inglés más de la mitad del tiempo?

Sí (Proceda a la pregunta 7.) No (Continúe con la pregunta 4.)

2b. En casa, ¿el estudiante escucha o usa un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?

Sí (Proceder a la pregunta 4.) No (Continúe con la pregunta 3.)

3. ¿Entiende el estudiante un idioma distinto del inglés?

Sí (Continúe con la pregunta 4.) No (Continúe con la pregunta 9.)

4. Al interactuar con sus padres o tutores, ¿utiliza el estudiante un idioma distinto del inglés más de la mitad del tiempo?

Sí (Proceder a la pregunta 7.) No (Continúe con la pregunta 5.)

5. Cuando interactúa con cuidadores que no sean sus padres o tutores, ¿utiliza el estudiante un idioma distinto del inglés más de la mitad del tiempo? Sí No

6. ¿Se ha mudado el estudiante recientemente de otro distrito escolar/escuela chárter donde fue identificado como un aprendiz de inglés? Sí No

7. Enumere los idiomas de origen que se hablan a continuación y, a continuación, proceda al proceso de revisión de registros.



Orange Township Public Schools

Dr. Gerald Fitzhugh, II
Superintendente de Escuelas



Spottswood Lisa Brown
Registro Civil del Distrito/Servicios de Información de Apoyo Manager

Historial de Salud del Estudiante

Femenino Masculino

Nombre del alumno _____

Dirección de origen del estudiante _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

de teléfono _____

Estudiante vive con:

Padre/tutor (uno de ellos con un círculo)

Dirección (omitir si es el mismo que el anterior)

Número de teléfono

Padre/tutor (uno de ellos con un círculo)

Dirección (omitir si es el mismo que el anterior)

Número de teléfono

Medico del Estudiante _____

Número de teléfono del médico _____

Médico de la ciudad y estado _____

Embarazo Normal Sí No

La Infancia y la Niñez Normal Sí No

Lugar de nacimiento: _____

Peso al nacer: _____

Duración del embarazo: _____

- Alergias
- Alergias a los alimentos
- Asma
- Diabetes
- Soplos cardíacos
- Incautaciones
- Enfermedad de células falciformes
- Sickle Cell Trait

- Envenenamiento por Plomo
- Anemia
- Deterioro del Lenguaje
- Tuberculosis
- Sarampión
- Paperas
- Tos ferina
- Retrasos en el desarrollo

- Infecciones del tracto urinario
- Problemas renales
- Problemas con la vejiga
- Problemas con el habla
- Problemas de audición
- Fiebre reumática
- Varicela
- Problemas del Corazón

Sírvase proporcionar más información acerca de cualquier cosa que se comprueba:

Por favor, responda a todas las preguntas siguientes:

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| Su hijo nunca ha sido hospitalizado? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es sí, ¿cuándo y por qué? _____ | | |
| ¿Su hijo tiene problemas en los ojos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si su niño necesita/usar gafas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su niño va a un dentista por lo menos cada seis meses? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Tiene problemas dentales? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Su niño ha tenido convulsiones? | <input type="checkbox"/> Sí | <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Su hijo está tomando algún medicamento regularmente? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si es así, ¿qué medicamento? _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si su niño tiene infecciones frecuentes del oído? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene su hijo en buenas condiciones físicas para participar en todas las actividades escolares? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cualquier problema médico o dental, preocupaciones que puedan afectar a su hijo la educación, Experiencia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Historia de conmoción cerebral o lesión grave en la cabeza? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Historial de huesos rotos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Su niño ha tenido alguna cirugía? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si es así, ¿qué se ha hecho? _____ | | |
| Su niño ha tenido una hernia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si es así, ¿de qué tipo? _____ | | |
| Si su niño tiene alguna discapacidad física? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Le rogamos nos informe de cualquier médico, emocional, problemas dentales o que le Al igual que para analizar: | | |
| Historia Familiar | | |
| ¿Cualquiera de los padres tiene algún otro problema de salud? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si es así, explique: Que | | |

Se espera que los estudiantes tengan un examen físico completo (en los últimos 12 meses) y a la enfermera de la escuela a su entrada a Las Escuelas Públicas de Orange. El incumplimiento de esta norma dentro de un plazo de 30 días puede resultar en su hijo ser excluido por el edificio principal.

Padre/guardián Firma

Fecha

DEBE SER COMPLETADO POR LA ENFERMERA DE LA ESCUELA SOLAMENTE:

Grado: _____ Escuela Anterior: _____ Estado o país: _____ Idioma: _____

PE: _____ Inmunización UTD: _____ estado Provisional: _____ A45 Hacer: _____

PE: _____ Inmunización necesario: _____ autorización médica: _____ VSP: _____ Date: _____

Firma de la Enfermera de la Escuela: _____ Fecha: _____

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

*Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health*

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)

| | | | |
|--|--------------------------------|---|----------------------|
| Child's Name (Last) | (First) | Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | Date of Birth / / |
| Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier | |
| Parent/Guardian Name | Home Telephone Number () - | Work Telephone/Cell Phone Number () - | |
| Parent/Guardian Name | Home Telephone Number () - | Work Telephone/Cell Phone Number () - | |
| <i>I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.</i> | | | |
| Signature/Date | | This form may be released to WIC. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

| | |
|-------------------------------|--|
| Date of Physical Examination: | Results of physical examination normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Abnormalities Noted: | Weight (must be taken within 30 days for WIC) |
| | Height (must be taken within 30 days for WIC) |
| | Head Circumference (if <2 Years) |
| | Blood Pressure (if >3 Years) |

IMMUNIZATIONS

Immunization Record Attached
 Date Next Immunization Due: _____

MEDICAL CONDITIONS

| | | |
|--|--|----------|
| Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns: | <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached | Comments |
| Medications/Treatments • List medications/treatments: | <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached | Comments |
| Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations: | <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached | Comments |
| Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities | <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached | Comments |
| Allergies/Sensitivities • List allergies: | <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached | Comments |
| Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications: | <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached | Comments |
| Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns: | <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached | Comments |
| Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for: | <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached | Comments |

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS

| Type Screening | Date Performed | Record Value | Type Screening | Date Performed | Note if Abnormal |
|--|----------------|--------------|----------------|----------------|------------------|
| Hgb/Hct | | | Hearing | | |
| Lead: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous | | | Vision | | |
| TB (mm of Induration) | | | Dental | | |
| Other: | | | Developmental | | |
| Other: | | | Scoliosis | | |

I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Name of Health Care Provider (Print) | Health Care Provider Stamp |
| Signature/Date | |

Instructions for Completing the Universal Child Health Record (CH-14)

Section 1 - Parent

Please have the parent/guardian complete the top section and sign the consent for the child care provider/school nurse to discuss any information on this form with the health care provider.

The WIC box needs to be checked only if this form is being sent to the WIC office. WIC is a supplemental nutrition program for Women, Infants and Children that provides nutritious foods, nutrition counseling, health care referrals and breast feeding support to income eligible families. For more information about WIC in your area call 1-800-328-3838.

Section 2 - Health Care Provider

1. Please enter the date of the physical exam that is being used to complete the form. Note significant abnormalities especially if the child needs treatment for that abnormality (e.g. creams for eczema; asthma medications for wheezing etc.)

- **Weight** - Please note pounds vs. kilograms. If the form is being used for WIC, the weight must have been taken within the last 30 days.
- **Height** - Please note inches vs. centimeters. If the form is being used for WIC, the height must have been taken within the last 30 days.
- **Head Circumference** - Only enter if the child is less than 2 years.
- **Blood Pressure** - Only enter if the child is 3 years or older.

2. **Immunization** - A copy of an immunization record may be copied and attached. If you need a blank form on which to enter the immunization dates, you can request a supply of Personal Immunization Record (IMM-9) cards from the New Jersey Department of Health, Vaccine Preventable Diseases Program at 609-826-4860. The Immunization record must be attached for the form to be valid.

- "Date next immunization is due" is optional but helps child care providers to assure that children in their care are up-to-date with immunizations.

3. **Medical Conditions** - Please list any ongoing medical conditions that might impact the child's health and well being in the child care or school setting.

a. Note any significant medical conditions or major surgical history. **If the child has a complex medical condition, a special care plan should be completed and attached for any of the medical issue blocks that follow.** A generic care plan (CH-15) can be downloaded at www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot or pdf. Hard copies of the CH-15 can be requested from the Division of Family Health Services at 609-292-5666.

b. **Medications** - List any ongoing medications. Include any medications given at home if they might impact the child's health while in child care (seizure, cardiac or asthma medications, etc.). Short-term medications such as antibiotics do not need to be listed on this form. Long-term antibiotics such as antibiotics for urinary tract infections or sickle cell prophylaxis should be included.

PRN Medications are medications given only as needed and should have guidelines as to specific factors that should trigger medication administration.

Please be specific about what over-the-counter (OTC) medications you recommend, and include information for the parent and child care provider as to dosage, route, frequency, and possible side effects. Many child care providers may require separate permissions slips for prescription and OTC medications.

c. **Limitations to physical activity** - Please be as specific as possible and include dates of limitation as appropriate. Any limitation to field trips should be noted. Note any special considerations such as avoiding sun exposure or exposure to allergens. Potential severe reaction to insect stings should be noted. Special considerations such as back-only sleeping for infants should be noted.

d. **Special Equipment** - Enter if the child wears glasses, orthodontic devices, orthotics, or other special equipment. Children with complex equipment needs should have a care plan.

e. **Allergies/Sensitivities** - Children with life-threatening allergies should have a special care plan. Severe allergic reactions to animals or foods (wheezing etc.) should be noted. Pediatric asthma action plans can be obtained from The Pediatric Asthma Coalition of New Jersey at www.pacnj.org or by phone at 908-687-9340.

f. **Special Diets** - Any special diet and/or supplements that are medically indicated should be included. Exclusive breastfeeding should be noted.

g. **Behavioral/Mental Health issues** - Please note any significant behavioral problems or mental health diagnoses such as autism, breath holding, or ADHD.

h. **Emergency Plans** - May require a special care plan if interventions are complex. Be specific about signs and symptoms to watch for. Use simple language and avoid the use of complex medical terms.

4. **Screening** - This section is required for school, WIC, Head Start, child care settings, and some other programs. This section can provide valuable data for public health personnel to track children's health. Please enter the date that the test was performed. Note if the test was abnormal or place an "N" if it was normal.

- For lead screening state if the blood sample was capillary or venous and the value of the test performed.
- For PPD enter millimeters of induration, and the date listed should be the date read. If a chest x-ray was done, record results.
- Scoliosis screenings are done biennially in the public schools beginning at age 10.

This form may be used for clearance for sports or physical education. As such, please check the box above the signature line and make any appropriate notations in the Limitation to Physical Activities block.

5. Please sign and date the form with the date the form was completed (note the date of the exam, if different)

- Print the health care provider's name.
- Stamp with health care site's name, address and phone number.

Formulario de consentimiento de los padres
Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI)

_____ Distrito Escolar

Nuestro distrito escolar participa en el programa de Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés), que permite a los distritos escolares facturar al programa de salud Medicaid por servicios que se proporcionan a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley federal sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), 34CFR§99.30 y la Sección 617 de la Parte B de la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) sobre requisitos de consentimiento en 34 CFR§300.622, se necesita un consentimiento único antes de poder acceder a beneficios públicos.

Este consentimiento establece que los datos personales identificables de su hijo(a), tales como su historial en la escuela o información acerca de los servicios que le son proporcionados, incluyendo las evaluaciones y los servicios especificados en el Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) que recibe su hijo(a) (terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, orientación psicológica, audiología, enfermería y transporte especializado), pueden ser revelados al programa Medicaid y al Departamento del Tesoro con el fin de recibir el reembolso de Medicaid en el distrito escolar.

Como padre o madre/tutor del o la menor nombrado(a) abajo, doy permiso para que se revele la información descrita anteriormente; así como entiendo y acepto que Medicaid puede tener acceso a los beneficios públicos o seguros públicos de mi hijo(a) o míos para pagar los servicios de educación especial o relacionados al amparo de la Parte 300 (servicios bajo IDEA). Entiendo que el distrito escolar aún necesita proporcionar servicios a mi hijo(a) de conformidad con su IEP, independientemente de mi estado de elegibilidad de Medicaid o deseo para consentir la facturación al SEMI.

Entiendo que la facturación para estos servicios por el distrito **no afecta** mi capacidad para acceder a estos servicios para mi hijo(a) fuera del entorno escolar, ni mi familia incurrirá en ningún costo inclusive copagos, deducibles, pérdida de elegibilidad o afectará en los beneficios de por vida.

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento del niño(a): _____ / _____ / _____

Padre: _____ / Tutor: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

Doy mi consentimiento para facturar al SEMI: Sí
 No

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, poniéndose en contacto por escrito con el coordinador del caso de su hijo(a) o con el administrador de la escuela de su hijo(a).