

School: _____

For Office Use Only

GLO Code: _____

AM

PM

Date: _____

Time: _____

Position in line # _____



DISTRITO ESCOLAR DE SHAWNEE MISSION
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA INSCRIPCIONES DE PRE-K

La siguiente documentación es necesaria para completar el paquete de inscripción en programa de pre-K para el año 2020-2021:

- _____ Paquete de inscripción
- _____ Identidad del estudiante (Acta de nacimiento o pasaporte)
- _____ Comprobante de Inmunizaciones y de Salud. (Los estudiantes no pueden comenzar las clases sin los registros de inmunización y salud firmado por el doctor)
- _____ Comprobante de domicilio (Copia de contrato de renta o pago de la hipoteca. Si vive en casa de otra familia, es mandatorio presentar el formulario de verificación de domicilio notariado con comprobante de domicilio de la persona titular de la vivienda. ⁱ(Ver abajo) La secretaria escolar le proveerá del paquete de formularios e información.
- _____ Dos facturas recientes de servicios públicos (luz, gas, agua) de los últimos 45 días. Si están incluidos en el contrato, presente otras facturas alternativas.
- _____ Copia legible de licencia de conducir/ID o identificación emitida por el gobierno (Nota: La licencia de conducir debe coincidir con su domicilio actual. Es muy fácil hacer el cambio y es gratis. Visite <https://www.kdor.org/dL>
- _____ Evaluación del estudiante (se proveerá en la escuela)
- _____ IPT (Evaluación en habilidad con el idioma inglés IPT). Sólo para estudiantes que hablan otro idioma aparte de inglés.

ⁱTodos los padres / tutores que viven con otra familia dentro de los límites del Distrito Escolar de Shawnee Mission tendrán que presentar una declaración notariada del proveedor de domicilio para verificar su domicilio. La declaración del proveedor de domicilio será revisada y aprobada por el Oficial de Audiencias de Domicilio de SMSD Jordan Hardman 913-993-7986-- Llame para pedir cita.

Formulario de solicitud para el pre-K de Shawnee Mission 2020-2021

Mañana o tarde (indique una) _____ **AM (8:15-11:00)** _____ **PM (12:15-3:00)**

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de Nac.:** _____

Nombre del papá o mamá: _____

Dirección: _____ **Cuidad:** _____

Escuela de su área: _____ **Estado y código postal:** _____

Teléfonos Casa: _____ **Celular:** _____ **Trabajo:** _____

Correo electrónico: _____ **Indique si su hijo tiene un IEP SI__ NO__**

Criterios de Inscripción

Todos los solicitantes deben vivir dentro del Distrito Escolar de Shawnee Mission y cumplir los 4 años de edad antes de o el día 31 de Agosto, 2020. Los estudiantes que cumplen 5 años antes del o el 31 de Agosto 2020 no son elegible para inscribirse. Los estudiantes deben satisfacer uno o más de los criterios para ser considerados para la inscripción del pre-K gratis. Por favor marque todos los que le apliquen:

☐	1 *Nuestra familia califica para el almuerzo gratis.	<i>For Office Use Only</i> ELL IPT Test Complete on: _____ Score: A B C D E (circle one) Tester Initials: _____
☐	2 *Nuestra familia califica para el almuerzo reducido. <i>Aplica solamente en Highlands y Santa Fe Trail.</i>	
☐	3 El padre o madre quien posee la custodia es soltero al comienzo de clases.	
☐	4 *El niño ha sido referido por el DCF para servicios educacionales.	
☐	5 Por lo menos uno de los padres era un adolescente cuando el niño nació.	
☐	6 Uno de los padres no tiene su GED o diploma de secundaria (preparatoria).	
☐	7 *El niño no es proficiente en ingles según la evaluación de ELL.	
☐	8 *El niño está atrasado académicamente y en su desarrollo basado en una evaluación profesional, pero por encima de la elegibilidad para servicios de SPED. <i>El puntaje 40 por ciento o menos indica "en riesgo".</i>	
☐	9 *El niño califica para servicios del Programa de Educación para Migrantes.	
☐	10 *La familia vive en el área de una escuela Title I. <i>Subraye cuál: Apache IS, Comanche, Crestview, Merriam Park, Nieman, Overland Park, Rosehill, o Shawanoe.</i>	
☐	11 *El niño no tiene hogar. <i>La familia debe estar registrada en el programa McKinney-Vento del distrito. Para más información llamar a David Aramovich al 913-993-8675.</i>	

***La verificación del criterio de calificación debe cumplirse antes de que el niño sea asignado al pre-K. Si su familia no califica, pregunte a la secretaria acerca del programa de pre-K con cuota.**

Se aceptarán inscripciones para el pre-K a partir del 18 de febrero del 2020 Por favor preséntese personalmente con paquete de inscripción y su hijo en la escuela participante más cercana a su domicilio.

Los paquetes de inscripción completos serán aceptados por orden de llegada. Los padres recibirán una notificación referente a la aceptación del niño dentro del programa. *Entiendo que no me pueden garantizar la asignación preferida de mañana o tarde. Todas las asignaciones serán definitivas. Entiendo que yo me haré cargo del transporte de mi hijo.

Firma de los Padres _____

Fecha _____

INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE

FOR OFFICE USE ONLY	SCHOOL INFORMATION	START DATE _____
STUDENT NO _____	SCHOOL YEAR _____ SCHOOL NAME _____	HOME ROOM _____ GRADE _____
NEW ENROLLMENT ☐	RE-ENTRY ☐	LOCKER # _____

Por favor **ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE** claramente en las áreas en blanco

INFORMACION DEL ESTUDIANTE			
APPELLIDO LEGAL (sufijo, por ejemplo, Jr., II, etc.)	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE POR EL CUAL SE CONOCE
FECHA DE NACIMIENTO	(Sexo M/F)	ESTADO DONDE NACIO (O PAIS SI NO NACIO EN LOS ESTADOS UNIDOS)	
ETNICIDAD (SELECCIONE UNO)		RAZA (MARQUE TODO LO QUE LE APLIQUE)	
☐ No, no Hispano/Latino ☐ Sí, Hispano/Latino		☐ Blanco ☐ Negro/Afro-Americano ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawaii/otra Isla del Pacifico ☐ Indio Nativo Americano/Nativo de Alaska	
IDIOMA PRIMARIO HABLADO:		IDIOMA QUE SE HABLA EN LA CASA :	
ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIO:		¿ESTA BAJO SUSPENSION O EXPULSION EL ESTUDIANTE? ☐ SI ☐ NO	
¿EL ESTUDIANTE HA ASISTIDO AL DISTRITO DE SHAWNEE MISSION ANTERIORMENTE? ☐ SI ☐ NO			
POR FAVOR INDIQUE SI EL ESTUDIANTE TIENE UN PLAN DE EDUCACION INIDIVUAL (IEP) ☐ SI ☐ NO			
SU ESTUDIANTE TIENE UN PLAN 504 ☐ SI ☐ NO			
INFORMACION FAMILIAR			
¿EXISTE ALGUNA ORDEN JUDICIAL EN RELACION A LA CUSTODIA DEL ESTUDIANTE? ☐ SI ☐ NO			
*Padres que no tienen custodia pueden tener acceso a la información del estudiante a menos que haya sido prohibido por orden de la corte. La escuela tiene que tener una copia de este documento si acceso ha sido prohibido.			
¿DESEA RESTRINGIR INFORMACION DEL ESTUDIANTE/FAMILIA? ☐ SI ☐ NO			
**Si usted elige restringir información, el nombre de su estudiante no aparecerá en el directorio de la escuela y su nombre no será proveído a otras agencias incluyendo a la Milicia de los EE.UU., y universidades.			
¿TIENE EL ESTUDIANTE ALGUN PADRE ACTIVO EN LA MILICIA DE EE.UU.? ☐ SI ☐ NO			
RESIDENCIA PRIMARIA – INFORMACION DE CONTACTO			
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TUTOR LEGAL 1	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE RELACION
NUMERO DE TELEFONO PRIMARIO	NUMERO DE TELEFONO SECUNDARIO	NUMERO ADICIONAL	
() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO	() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO	() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO	
CORREO ELECTRONICO			
TUTOR LEGAL 2	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE RELACION
NUMERO DE TELEFONO PRIMARIO	NUMERO DE TELEFONO SECUNDARIO	NUMERO ADICIONAL	
() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO	() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO	() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO	
CORREO ELECTRONICO :			
RESIDENCIA SECUNDARIA – INFORMACION DE CONTACTO			
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TUTOR LEGAL 1	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE RELACION
NUMERO DE TELEFONO PRIMARIO	NUMERO DE TELEFONO SECUNDARIO	NUMERO ADICIONAL	
() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO	() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO	() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO	

CORREO ELECTRONICO :			
TUTOR LEGAL 2		APELLIDO	NOMBRE
RELACION		SEGUNDO NOMBRE	
NUMERO DE TELEFONO PRIMARIO		NUMERO DE TELEFONO SECUNDARIO	NUMERO ADICIONAL
() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO		() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO	() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO
CORREO ELECTRONICO :			
INFORMACION RESIDENCIAL ADICIONAL			
Esta sección se trata de McKinney-Vento Act (personas sin hogar). ¿Dónde está viviendo el estudiante actualmente?			
☐ En un refugio _____ (nombre) ☐ En un motel, carro o campamento		☐ Viviendo solo sin padres, viviendo independientemente ☐ Temporalmente con más de una familia (debido a pérdida de empleo, hogar, etc.)	
☐ Temporalmente con más de una familia en una casa, casa móvil, o apartamento debido a que la familia no tiene su propio lugar. ☐ Ninguno de los arriba indicados			
TODOS LOS NINOS RESIDIENDO EN EL HOGAR:			
	APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
1.	_____	_____	____/____/____
2.	_____	_____	____/____/____
3.	_____	_____	____/____/____
4.	_____	_____	____/____/____
ELIGIBILIDAD PARA MIGRANTE			
1. ¿Usted o algún miembro de su familia se ha mudado en los últimos 36 meses para trabajar o aplicar en algún trabajo relacionado con la agricultura, pesca; incluyendo, tambos, viveros, procesadoras de carne o vegetales, pastura o trabajo de campo? ☐ Sí ☐ No			
2. ¿Si su respuesta es sí, se ha mudado en los últimos tres años? ☐ Sí ☐ No			
INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA En caso de emergencia o enfermedad cuando no podemos comunicarnos con los padres			
#1	APELLIDO	NOMBRE	TITULO
RELACION CON EL ESTUDIANTE			
NUMERO PRIMARIO		NUMERO SECUNDARIO	NUMERO ADICIONAL
() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO		() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO	() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO
#2	APELLIDO	NOMBRE	TITULO
RELACION CON EL ESTUDIANTE			
NUMERO PRIMARIO		NUMERO SECUNDARIO	NUMERO ADICIONAL
() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO		() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO	() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO
#3	APELLIDO	NOMBRE	TITULO
RELACION CON EL ESTUDIANTE			
NUMERO PRIMARIO		NUMERO SECUNDARIO	NUMERO ADICIONAL
() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO		() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO	() _____ - _____ ☐ CASA ☐ TRABAJO ☐ CEL ☐ OTRO

Entiendo que proveer información falsa deliberadamente en este documento puede resultar en una causa penal bajo el estatuto de Kansas § 21-5824, el cual prohíbe dar falsa información con el intento de fraude o inducir acción oficial, o sea, UN DELITO.

Notificaré a la oficina de la escuela inmediatamente o dentro de los tres (3) días hábiles, si el estudiante se muda del domicilio primario anotado arriba, o si cambia de dirección en cualquier momento.

Firma_____

Fecha_____

Fecha de Nac. : _____

(PADRE/ MADRE O TUTOR LEGAL)

ALMUERZO GRATIS Y REDUCIDO COMO UNICA CALIFICACION

Si usted marcó,

☐ 1 Nuestra familia califica para el almuerzo gratis

y/o,

☐ 2 Nuestra familia califica para el almuerzo reducido (*SOLO aplica a las escuelas Highlands y Santa Fe Trail*)

como su UNICA calificación para inscribirse en el programa de pre-K gratis, por favor sepa que la verificación de su calificación debe ocurrir antes de que el niño sea ubicado en una de las clases de pre-K gratis.

1) Entre la solicitud para el almuerzo gratis y reducido por internet disponible el 13 de julio de 2020 haciendo clic en el enlace:

<https://www.smsd.org/about/departments/food-service/free-reduced-meals>,

o usted puede acercarse al departamento de alimentos del distrito ubicado en 6701 W. 83rd Street, completar una solicitud en papel y recibir asistencia con el procedimiento.

2) Envíe el email de confirmación que indica su calificación para almuerzo gratis o reducido, a susanabelvedere@smsd.org.

Por favor envíe la confirmación acerca de su aprobación tan pronto como reciba el correo electrónico del departamento de alimentos, no más tarde del 24 de julio del 2020.

No proveer el email de confirmación acerca de su calificación para el almuerzo gratis o reducido, resultará en que su hijo sea sacado del programa de pre-K gratis.

Ante la eventualidad de no calificar para el almuerzo gratis o reducido, los padres son bienvenidos a comunicarse con Susana Belvedere (913) 993-6441 para informarse acerca del programa de pre-K con cuota.

Firma de uno de los padres

Fecha

ALMUERZO GRATIS Y REDUCIDO COMO UNICA CALIFICACION
(Copia para los padres)

Si usted marcó,

☐ 1 Nuestra familia califica para el almuerzo gratis

y/o,

☐ 2 Nuestra familia califica para el almuerzo reducido (*SOLO aplica a las escuelas Highlands y Santa Fe Trail*)

como su **UNICA** calificación para inscribirse en el programa de pre-K gratis, por favor sepa que la verificación de su calificación debe ocurrir antes de que el niño sea ubicado en una de las clases de pre-K gratis.

1) Entre la solicitud para el almuerzo gratis y reducido por internet disponible el 13 de julio de 2020 haciendo clic en el enlace:

<https://www.smsd.org/about/departments/food-service/free-reduced-meals>,

o usted puede acercarse al departamento de alimentos del distrito ubicado en 6701 W. 83rd Street, completar una solicitud en papel y recibir asistencia con el procedimiento.

2) Envíe el email de confirmación que indica su calificación para almuerzo gratis o reducido, a susanabelvedere@smsd.org.

Por favor envíe la confirmación acerca de su aprobación tan pronto como reciba el correo electrónico del departamento de alimentos, no más tarde del 24 de julio del 2020.

No proveer el email de confirmación acerca de su calificación para el almuerzo gratis o reducido, resultará en que su hijo sea sacado del programa de pre-K gratis.

Ante la eventualidad de no calificar para el almuerzo gratis o reducido, los padres son bienvenidos a comunicarse con Susana Belvedere (913) 993-6441 para informarse acerca del programa de pre-K con cuota.

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Al momento de inscripción, todo estudiante o padre/tutor debe tomar una Encuesta de Idioma en el Hogar. Esta encuesta será utilizada para determinar cuáles estudiantes deben ser evaluados para aptitud de idioma inglés. Si en alguna de las preguntas de 1 a 4, se indica un idioma que no sea inglés el alumno será evaluado para determinar la elegibilidad de los Servicios de Idioma para Personas que Hablan Otros Idiomas (ESOL por sus siglas en inglés). Si un estudiante obtiene un puntaje por debajo del nivel de aptitud/fluidez en cualquiera de las áreas del idioma: comprensión auditiva y expresión oral, lectura o escritura, él/ella puede ser elegible para los servicios ESOL/ ELL. Por favor complete un formulario para cada niño.

Información del Estudiante

Nombre		Grado
Domicilio		Fecha de Nacimiento
Fecha de primera inscripción en una escuela en EE.UU.	Fecha de Entrada a EE. UU.	Número de Teléfono

Información del Idioma del Estudiante:

- ¿Qué idioma aprendió primero hablar/utilizar su niño?
No incluye el idioma aprendido en una clase o a través de la televisión o similar.
Inglés _____ Español _____ Otro (por favor especifique) _____
- ¿Qué idioma habla/utiliza su niño más frecuentemente en el hogar?
Inglés _____ Español _____ Otro (por favor especifique) _____
- ¿Qué idioma habla/utiliza usted más frecuentemente con su niño?
Inglés _____ Español _____ Otro (por favor especifique) _____
- ¿Qué idioma hablan/utilizan más frecuentemente los adultos en el hogar en presencia del niño?
Inglés _____ Español _____ Otro (por favor especifique) _____

Para Uso de la Oficina

If any answer to questions

1-4 indicates a language other than English,

1) Contact your Reading Specialist or ELL Aide to schedule an IPT evaluation

2) Email this form to mariamcintyre@smsd.org

Información del Padre/Madre/Tutor:

¿Qué idioma usted prefiere? Inglés _____ Español _____ Otros (especifique) _____

(Por favor especifique cuando "escribe" o "habla". A modo de practicidad, la comunicación con la escuela será en este idioma).

Información del Programa de Educación para Migrantes:

El Programa de Educación para Migrantes (MEP por sus siglas en inglés) está autorizado por el Título I Parte C de la Ley de Educación Elemental y Secundaria de 1965 (ESEA por sus siglas en inglés). El MEP proporciona subsidios por fórmula a las agencias locales de educación para establecer o mejorar los programas de educación para los niños que pudieran calificar para el Programa de Migrantes. Por favor ayúdenos a determinar la elegibilidad de su niño para el Programa de Migrantes respondiendo las siguientes preguntas.

¿Se ha mudado usted o un miembro de su familia en los últimos 36 meses para hacer, o aplicar para un trabajo relacionado con agricultura o pescadería, incluyendo lecherías, invernaderos, engordas, plantas procesadoras de carne, legumbres o frutas, o trabajo en el campo? Sí _____ No _____

¿Se han mudado sus niños con, o para reunirse con el trabajador indicado arriba, dentro de los últimos 36 meses? Sí _____ No _____

Para Uso de la Oficina

Home School: _____

All Home Language Surveys are to be filed in the student's cumulative folder.

**Lea la parte de atrás de este formulario para información adicional acerca de la información del idioma del estudiante*

Firma de uno de los padres

Fecha

Propósito e intención de la Encuesta Acerca del Idioma en el Hogar

“Esta encuesta tiene el propósito de informar al distrito acerca del posible impacto que la transmisión o exposición de otro idioma podría causar en el desarrollo del estudiante respecto al aprendizaje del idioma inglés. Esto no significa que su hijo tendrá menos habilidad en inglés por estar expuesto a otro idioma.

Estas preguntas no tienen la intención de identificar a aquellos niños que están aprendiendo otros idiomas que no sea inglés por mirar programas educativos los cuales enseñan palabras o frases en otros idiomas. Las preguntas tampoco tienen la intención de identificar a los niños que están estudiando otros idiomas con el propósito de ser bilingües o tener más conocimiento acerca de los idiomas aparte de inglés. Un ejemplo podría ser tomar una clase de alemán los sábados o de español para cubrir los requisitos de la secundaria o ser informalmente instruido por alguien en el hogar que desea que su hijo aprenda otro idioma.”

Departamento de Educación de Kansas, 9 de enero de 2013

HISTORIAL DE SALUD

Nombre del Estudiante	Fecha de Nac. / /	Edad	Sexo M F	Grado
Madre/Tutora _____	Padre/Tutor _____			
Celular: () -	Celular: () -			
Teléfono de la casa: () -	Teléfono de la casa: () -			
Teléfono del trabajo: () -	Teléfono del trabajo: () -			
Nombre del médico _____		Teléfono () -		
Nombre de la última escuela que asistió: _____		Ciudad/Estado _____		

PLANIFICACION PARA UN CUIDADO ESPECIAL/CONDICIONES GRAVES DE SALUD: Antes de comenzar las clases la escuela debe estar informada acerca de cualquier situación de salud grave o de riesgo la cual podría requerir un plan de salud individualizado.

☐ **Alergias/Anafilaxis:** Mi hijo padece de alergia/anafilaxis y necesita una receta de Epi Pen/Auvi-Q.

Describe la alergia (comida, insectos) _____

☐ **Asma:** ☐ Sí ☐ No Mi hijo necesita inhalador regularmente para sus síntomas de asma.

☐ Sí ☐ No Mi hijo fue hospitalizado el año pasado debido a un ataque de asma.

☐ Sí ☐ No Mi hijo/a ha necesitado esteroides (prednisone) debido a los síntomas de asma el año pasado.

☐ **Diabetes:** Fecha del diagnóstico: _____ El estudiante tiene: " Bomba de insulina " Lapicero de insulina " Inyección de insulina

☐ **Ataques:** El estudiante necesita medicación de emergencia para los ataques. Nombre del medicamento _____

☐ **Otros:** El estudiante tiene necesidades especiales de cuidado: silla de ruedas, alimentación por tubo, tubo de respiración, catéter, tubos intravenosos, otros. Por favor explique la condición de su hijo y sus necesidades: _____

Otras condiciones de salud: Marque cualquier condición que su hijo padece o padeció en el pasado.

☐ ADD/ADHD	☐ Depresión/Ansiedad(circule lo que aplica)	☐ Ortopedia/huesos
☐ Alergias " De temporada	☐ Dental " Ortodoncia (frenos)	☐ Lesiones graves
☐ Restricciones alimenticias	☐ Infecciones de Oídos " Tubos de oídos	☐ Cirugía(s)
☐ Orinar/Defecar	☐ Impedimento auditivo " Audífonos	☐ Social/Emocional/Comportamiento
☐ Enfermedades en la sangre	☐ Dolores de cabeza/migrañas	☐ Dolores estomacales
☐ Conmoción cerebral	☐ Enfermedad del corazón	☐ Infecciones de garganta
☐ Cáncer	☐ Enfermedad en los riñones	☐ Visión: "Anteojos " Lente de Contacto

Explique cualquier condición que haya marcado _____
 ¿Su hijo requiere alguna una restricción para cualquier actividad física de la escuela? " No " Sí, especifique la condición y duración de la restricción: _____

Contacto de emergencia (en caso de que escuela no pueda comunicarse con los padres)

1. Nombre _____ Relación _____ Teléfono() -

2. Nombre _____ Relación _____ Teléfono () -

Hospital de preferencia _____ Ciudad /Estado _____

Declaración de consentimiento En caso de una emergencia, doy mi permiso para transferir información de salud a una escuela apropiada o profesionales de la salud, incluso con el personal de emergencia. Esto incluye compartir los archivos de inmunización de la escuela con KS Immunization Program, y el registro de inmunización con el propósito de evaluar, informar y prevenir enfermedades. Esto no incluye datos sobre estudiantes individuales. Autorizo al personal de la escuela a obtener atención médica de emergencia para mi estudiante en caso de que no puedan comunicarse conmigo.

Nombre del Padre/Tutor en imprenta	Firma del Padre/Tutor	Fecha
------------------------------------	-----------------------	-------

Revised 01/2020



DECLARACION DE INMUNIZACIONES

Nombre del estudiante _____

Nombre del Director y/o la enfermera _____.

Yo, el padre o guardián de _____ declaro que todas las vacunas requeridas por Las Reglas de Inmunización Escolar de Kansas 72-5208, 72-5209, según la enmienda del 1992, están en el proceso de ser recibidas. El expediente indicando que todas las vacunas requeridas han sido administradas estarán en la oficina escolar de la enfermera dentro de sesenta (60) días después de haber matriculado en la escuela.

Todos los estudiantes inscritos por primera vez en el Distrito Escolar de Shawnee Mission, deben de mostrar prueba por escrito de haber recibido al menos una dosis de cada vacuna requerida por el Estado de Kansas antes de poder asistir a cualquier clase.

Además, yo comprendo que si no he llenado y presentado a la escuela el formulario de vacunas según es requerido por las reglas en la fecha de sesenta (60) días de matriculado en la escuela, el estudiante será excluido de la escuela hasta presentar prueba de las vacunas requeridas.

Firma del Padre o Guardián _____

Fecha Firmado _____

DECLARACION DE UN EXAMEN FISICO

Nombre del estudiante _____

PARA: Director/Enfermera de _____

Yo, padre/madre/tutor de _____, afirmo que he entendido que el estatuto de Kansas declara que es requisito que el estudiante mencionado arriba tenga un examen físico dentro de los noventa (90) días después de su inscripción o presentar un comprobante de que ha sido examinado dentro de los 12 meses antes de la inscripción.

Además entiendo que si los resultados del examen físico no son enviados a la enfermera de la escuela o al director para la fecha indicada abajo, el estudiante no podrá asistir a la escuela.

Firma de uno de los padres/tutor: _____

Fecha: _____

PERMISO PARA MEDICAMENTOS

Nombre del Estudiante

Grado

Fecha

Medicamentos sin receta

Con mis iniciales abajo, doy permiso para que el personal de la escuela administre a mi hijo los siguientes medicamentos como sean necesarios debido a un malestar o lesión. Los medicamentos varían según las escuelas y grados.

___ Acetaminofén (Tylenol)

___ Antiácidos

___ Ibuprofeno (Advil o Motrin)

___ Gotas para los ojos (lubricante sin medicamento)

___ Pastillas para la tos (sin medicamento)

___ Antihistamínico oral (difenhidramina, cetirizina)

___ Pomada (pomada antiséptica, loción calamina, hidrocortisona)

___ Gotas Antihistamínicas para las alergias

Los padres también pueden traer otras medicinas sin receta, por favor indíquelas abajo:

Medicamento: _____ Dosis: _____

Razón: _____ Horario: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Razón: _____ Horario: _____

Medicamentos con receta

Medicamento: _____ Dosis: _____

Razón: _____ Horario: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Razón: _____ Horario: _____

Los días de salida temprano o entradas tardes por favor indique una de las siguientes opciones:

___ NO administrar la medicación en los días de salida temprano

___ NO administrar la medicación en los días de entrada tarde

___ Administrar la medicación en el horario de almuerzo

___ Administrar la medicación en el horario indicado en la prescripción

Para asegurar la continuidad del cuidado, doy permiso a la enfermera de la escuela para comunicarse con el doctor de mi hijo acerca de la administración del medicamento en la escuela.

Nombre del Doctor

Teléfono

Firma del Doctor

Fecha

El personal de la escuela que administre la medicación de acuerdo a la dosis indicada será protegido de cualquier reacción adversa que el estudiante experimente. Mi hijo ha tomado previamente la medicación arriba indicada sin experimentar ninguna reacción adversa.

Nombre del Padre/Tutor en Imprenta:

Firma del Padre/Tutor

Fecha

GUIA PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Permiso: Se deberá archivar un permiso por escrito para todos los medicamentos administrados en la escuela, incluyendo aquellos sin receta (OTC). El permiso deberá renovarse cada año.

Medicamentos: Se permitirá administrar solo aquellos medicamentos con o sin receta aprobados por la FDA (Food and Drugs Administration). OTC serán administrados acorde a la dosis de la etiqueta del paquete original, a no ser que haya una receta del doctor.

Envase: La medicina con receta debe entregarse en la escuela en su envase original con una etiqueta de receta incluida en el envase con el nombre del estudiante, nombre del doctor, fecha, nombre del medicamento, dosis, y horario de administración. Las sustancias controladas deben ser presentadas con el formulario "Medication Count" (cantidad del medicamento). Los medicamentos sin receta proveídos por los padres deben estar en su envase original y etiquetados con el nombre del estudiante

REQUISITOS DE INMUNIZACIÓN PARA INSTALACIONES DE GUARDERÍAS CON LICENCIA Y PARA PROGRAMAS DE EDUCACIÓN TEMPRANA OPERADOS POR ESCUELAS AÑO ESCOLAR 2019-20

Los requisitos y recomendaciones de inmunización para el año escolar 2019-2020 están basados en las recomendaciones del Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (ACIP). Los calendarios de inmunización actuales, incluyendo los calendarios para ponerse al corriente, se pueden encontrar en: <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html> . La mejor prevención contra una enfermedad se logra con el calendario recomendado, sin embargo si un niño está atrasado en sus vacunas, se ajustará al calendario intervalo mínimo. Para prevenir oportunidades perdidas, los proveedores de inmunizaciones pueden usar un período de gracia de 4 días por edad y un intervalo entre dosis. En esos casos, estas dosis contarán como válidas.

La regulación administrativa de Kansas 28-1-20 (K.A.R. 28-1-20) define las inmunizaciones requeridas para niños que asisten a instalaciones de guarderías con licencia del KDHE (Departamento de Salud y Medioambiente de Kansas) o a programas de educación temprana operados por escuelas. La regulación completa esta publicada en el *Kansas Register* del 26 de Junio del 2008.

Difteria, tétano, tos ferina (DTaP): Se requieren cinco dosis. Las dosis son administradas: Dosis 1 a los 2 meses, dosis 2 a los 4 meses de edad, dosis 3 a los 6 meses de edad, y dosis 4 entre los 15-18 meses de edad (la 4^a dosis se puede administrar a los 12 meses si se administra por lo menos 6 meses después de la tercera dosis) y la 5^a dosis antes de entrar a Kindergarten. Cuatro dosis son aceptadas si la cuarta dosis es administrada después de los 4 años de edad.

Poliomielitis (IPV/OPV): Se requieren cuatro dosis. Las dosis se dan: dosis 1 a los 2 meses, dosis 2 a los 4 meses, dosis 3 a los 6 meses , y la dosis final se debe dar 6 meses después de la 3ra, después de los 4 años de edad y antes de entrar a Kindergarten. Tres dosis son aceptadas con una dosis después de los 4 años de edad, 6 meses entre la 2da y la 3ra dosis y la última antes de entrar a Kindergarten.

Sarampión, paperas, rubeola (MMR): Se requieren dos dosis. Dosis 1 entre los 12 y 15 meses de edad y dosis 2 antes de entrar a Kindergarten. La edad mínima es 12 meses de edad y el intervalo entre las dos dosis puede ser tan corto como 28 días.

Hepatitis B: Se requieren tres dosis. Las dosis se administran: Dosis 1 al nacer, dosis 2 a los 2 meses, y dosis 3 entre los 6 y los 18 meses de edad.

Varicela (viruela loca): Se requieren dos dosis. Dosis 1 entre los 12 y 15 meses de edad y dosis 2 antes de entrar a Kindergarten. La edad mínima para esta vacuna es 12 meses de edad y el intervalo entre las dosis puede ser tan corto como 28 días. No se requerirá ninguna dosis cuando el estudiante cuenta con documentación por parte de un doctor certificado de que ha padecido la enfermedad.

Haemophilus influenzae (Bacilo de Pfeiffer-Bacteria que causa meningitis) (Hib): se requieren cuatro dosis para niños menores de 5 años de edad. Las dosis se administran: dosis 1 a los 2 meses, dosis 2 a los 4 meses, dosis 3 a los 6 meses y dosis 4 entre los 12 y 15 meses de edad. El total de dosis necesarias para completar la serie depende del tipo de vacuna administrada y la edad del niño cuando las dosis fueron administradas.

Pneumococcal conjugate (PCV) (Protege contra neumonía causada por la bacteria estreptococo): se requieren 4 dosis para niños menores de 5 años de edad. Las dosis se administran: Dosis 1 a los 2 meses, dosis 2 a los 4 meses, dosis 3 a los 6 meses y dosis 4 entre los 12 y 15 meses de edad. El total de las dosis necesarias depende de la edad del niño cuando las dosis fueron administradas.

Hepatitis A: se requieren dos dosis para niños menores de 5 años de edad. La primera dosis se administra entre los 12 y 23 meses de edad, la segunda dosis de 6 a 18 meses después de la primera dosis. Los niños mayores de 24 meses o mayores que no han recibido ninguna dosis deben recibir las dos dosis con un intervalo de 6 meses entre la primera y la segunda.

Alternativas legales para cumplir con los requisitos escolares de inmunización se pueden encontrar dentro de la regulación K.S.A. 72-5209. Además de las vacunas requeridas para niños que asisten a instalaciones de guarderías con licencia del KDHE y programas operados por las escuelas, otras vacunas requeridas son:

Rotavirus: se recomienda dos o tres dosis para menores de 8 meses de edad. No obligatorio. El total de dosis necesarias para una serie completa depende del tipo de vacuna administrada y la edad del niño al momento de darsela.

Influenza: se recomienda una vacuna anual para todas las edades de 6 meses o mayores de 6 meses de edad; el número de dosis depende de la edad y el número de dosis dadas en años anteriores.

Los esfuerzos de inmunización del personal de salud escolar y oficiales de salud pública, proveedores de inmunizaciones, y padres son clave del éxito al proteger a nuestros niños y comunidades contra enfermedades prevenibles por vacunas. Gracias por su dedicación.

Physical Exam Record

To be completed by certified healthcare professional

Student's Name				Date of Birth / /		Age	Sex (M/F)	Grade
Does the child have a diagnosed medical condition? ☐ No ☐ Yes <i>Specify:</i>								
Does the child have a health condition that may require EMERGENCY ACTION while at school? ☐ No ☐ Yes (e.g.: seizure, severe allergic reaction, diabetes) <i>Specify:</i>								
Is the child on prescription medication? ☐ No ☐ Yes <i>Specify medication and diagnosis:</i>								
Are any immunization, booster, or revaccinations indicated? ☐ No ☐ Yes <i>Specify type and due date:</i>								
Does the child have history of chicken pox disease? ☐ No ☐ Yes <i>Specify date:</i>								
Does the child require any restriction of physical activity in school? ☐ No ☐ Yes <i>Specify nature and duration of restriction:</i>								
EXAM FINDINGS/CONCERNS								
Physical Exam	WNL	ABNL	Area of Concern	Health Area Of Concern	Yes	No	Referred for Evaluation	
Head				Developmental				
Eyes				Mobility				
ENT				Speech/language				
Neuro				Hearing				
Dental				History of frequent ear infections				
Respiratory				Vision				
Cardiac				Nutrition				
GI/GU				History of traumatic head injury				
Abdomen				Signs of acanthosis nigricans				
Endocrine				Learning disability				
Skin				Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)				
Genital				Psychosocial				
Orthopedic				Other:				
<i>Please explain any abnormal or area of concern findings:</i>								
SCREENING RESULTS								
Height: ft. in.		Weight: lbs.		Body Mass Index (BMI):				
Blood Pressure:				Vision: L 20/ R 20/ Both 20/		Glasses ☐ Contacts ☐		
Print Name				Signature of Healthcare Provider			Date / /	