



# KEANSBURG SCHOOL DISTRICT

## Keansburg Preschool Programs

81 Frances Place  
Keansburg, NJ 07734  
Phone 732-787-2007 x. 5400  
Caruso Site Fax: 732-495-3287  
Port Monmouth Road Site Fax : 732-495-7291  
[www.keansburg.k12.nj.us](http://www.keansburg.k12.nj.us)

---

**Ms. Anne M. Hazeldine**  
*Principal of Early Childhood*

**Ms. Kathleen O'Hare**  
*Superintendent of Schools*

## PREESCOLAR PAQUETE DE REGISTRO

- SOLO LOS PADRES O TUTORES LEGALES PUEDEN INSCRIBIR AL ESTUDIANTE
- EL ESTUDIANTE DEBE VIVIR EN EL DISTRITO DE KEANSBURG CON PADRES O TUTORES LEGALES

TODOS ESTOS DOCUMENTOS TIENEN QUE SER PRESENTADOS A LA HORA DE LA INSCRIPCIÓN

**CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL** - Constancia de la fecha de nacimiento del estudiante

**RECORD DE VACUNAS** - La falta de proporcionar la información apropiada acerca de las vacunas podría resultar en que su niño/a no pueda inscribirse en la escuela.

**TEST MANTOUX DE TUBERCULOSIS** - Los estudiantes que se han mudado de otra área, podrían necesitar el test de tuberculosis por mandato legal. Si se requiere, deberá proveer a las escuela en 60 días.

**FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO** - Debe haber sido completado en el último año.

**TARJETA DE TRANSFERENCIA DE LA ESCUELA ANTERIOR**

**DOCUMENTOS DE CUSTODIA, CONSTANCIA LEGAL DE CUSTODIA, DOCUMENTOS DE PADRES ADOPTIVOS TEMPORALES** - si es aplicable.

**CONSTANCIA DE RESIDENCIA - DUEÑOS DE CASA** - Título de propiedad, recibo actual de los impuestos de la propiedad, Acuerdo del HUD-1 junto con (3) recibos de utilidades actuales, licencia de conducir válida o tarjeta de registro del votante.

**SI ESTÁ VIVIENDO CON OTRA FAMILIA EN EL DISTRITO DE KEANSBURG Y SU NOMBRE NO ESTÁ EN EL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO** - El dueño de casa debe acompañarlo a la inscripción y traer las constancias de residencia mencionadas arriba. Usted debe proporcionar prueba de residencia (3) con su nombre y dirección en Keansburg.

**DISTRITO ESCOLAR DE KEANSBURG**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del 2do nombre

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Dirección Postal (En caso que sea diferente):**

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (Continuación)**

NUMERO DE CASA: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ CIUDADANO ESTADOUNIDENSE: \_\_\_ SI \_\_\_ NO

Ciudad de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ PAÍS DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**SI EL NIÑO/A NACIÓ FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS, ¿EN QUE FECHA ASISTIÓ EL NIÑO POR PRIMERA VEZ  
A LA ESCUELA EN LOS ESTADOS UNIDOS?** \_\_\_\_\_

**GRUPO ÉTNICO:** \_\_\_\_\_ Blanco (no de origen hispano) \_\_\_\_\_ Negro (no de origen hispano) \_\_\_\_\_ Hispano  
\_\_\_\_\_ Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_\_\_ Asiático o de la Isla del Pacífico

LENGUA MATERNA: \_\_\_\_\_ PRIMER IDIOMA HABLADO EN CASA \_\_\_\_\_

PADRES/TUTORES: Casados / Divorciados / Separados / Solteros / Viudos

EL ESTUDIANTE VIVE CON: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

¿QUIEN TIENE CUSTODIA LEGAL? \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

¿QUIEN TIENE CUSTODIA FÍSICA DOMICILIARIA? \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

SI ESTÁ DIVORCIADO O SEPARADO PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DEL PADRE QUE NO TIENE CUSTODIA:

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Habla a \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR**

Última escuela a la que asistió: \_\_\_\_\_ Identificación del Estado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

**¿Estuvo el estudiante inscrito en alguno de los siguientes programas? Por favor marque todos los que aplican.**

\_\_\_ Inglés como Segundo Idioma (ESL) \_\_\_ Terapia de Lenguaje \_\_\_ Académicamente Dotado \_\_\_ Otros

\_\_\_ Habilidades Básicas/Título 1 \_\_\_ Educación Especial/ IEP \_\_\_ Programas escolares alternativos

**¿HA ESTADO INSCRITO EL ESTUDIANTE ANTERIORMENTE EN EL DISTRITO ESCOLAR DE KEANSBURG?**

\_\_\_ SI \_\_\_ NO

**Si es así, proporcione el nombre y las fechas en la que asistió:**

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

**Haga una lista de los hermanos que viven en la misma casa:**

Nombre	Apellido	Sexo	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado

Por favor indique si existe alguna circunstancia especial de custodia con su niño/a de la cual la escuela debería estar informada. **Documentación es requerida:**

## INFORMACIÓN PARA CONTACTO

### Información de la Madre/Tutora

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_ Telefono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Número del trabajo \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

### Información de la Padre/Tutora

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_ Telefono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Número del trabajo \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia 1

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_ Telefono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia 2

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_ Telefono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR/GUARDIÁN \_\_\_\_\_

RELACIÓN AL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## INFORMACION MEDICA

Nombre del Médico Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital de referencia: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ENUMERE CUALQUIER CUIDADO MÉDICO NO RUTINARIO O CIRUGÍA QUE SU NIÑO/A HA RECIBIDO EN EL ÚLTIMO AÑO:**

**¿TIENE SU NIÑO SEGURO MÉDICO?**

**SI \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía**

**No \_\_\_\_\_ NJ Family Care (Cuidado Familiar de NJ) provee seguro médico gratis a baja costo a los niños sin seguro médico y algunos padres de bajos recursos.**

Para mayor información llamar al 800-701-0710 o visitar [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) para aplicar en línea.

Pueden proporcionar mi nombre y dirección al programa NJ Family Care (Cuidado Familiar de NJ) \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
Para que me contacten acerca del seguro médico.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Fetch: \_\_\_\_\_

Permiso escrito hecho de acuerdo a 20.U.S.C. s 1232g (b) (1) 34C. F. R (b)

**POR FAVOR LLENE SÓLO SI SU NIÑO/A ES ESTUDIANTE DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

Iniciativa Medicaid para Educación Especial (SEMI por sus siglas en inglés)  
Formulario de Consentimiento del Padre de Familia

**Distrito Escolar de Keansburg**

---

Nuestro distrito escolar está participando en el programa de Iniciativa Medicaid de Educación Especial (SEMI) el cual permite a los distritos escolares facturar a Medicaid por servicios que se les brinda a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA), en 34 CFR Parte 99.30 y Sección 517 de la Parte B de IDEA, requisitos de consentimiento 34 CFR Parte 300.622 se requiere un consentimiento por única vez antes de tener acceso a los beneficios públicos.

Este consentimiento establece que la información que identifica a su niño/a personalmente, como records estudiantiles o información acerca de los servicios proporcionados a su niño/a, (incluyendo evaluaciones y servicio especificados en el Plan Individualizado de Educación (IEP), terapia ocupacional, terapia física, terapia de lenguaje, consejería psicológica, audiología, enfermería y transporte especializado) pueden ser revelados a Medicaid y al Departamento del Tesoro con el propósito de que el distrito reciba el reembolso de Medicaid.

Como padre/tutor del niño/a nombrado abajo, doy permiso para revelar información como se describe en la parte de arriba; entiendo y estoy de acuerdo con que Medicaid tenga acceso a los beneficios públicos o seguro público de mi niño/a o míos para pagar por servicios de Educación Especial o servicios relacionados bajo la Parte 300 (servicios de baja de IDEA). Entiendo que el distrito escolar todavía está obligado a proporcionar servicios a mi niño/a de acuerdo a su IEP, sin importar la elegibilidad o estatus en Medicaid o mi disposición para dar consentimiento para la facturación SEMI.

Entiendo que la facturación por estos servicios por el distrito escolar **no afecta** mi habilidad de acceder a estos servicios para mi niño/a fuera del marco escolar, y que mi familia no contraerá ningún costo incluyendo copagos, deducibles, pérdida de elegibilidad o impacto el beneficios vitalicios.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño/a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Doy consentimiento para facturar por SEMI \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento contactando a su asesor educativo o a la administración de la escuela, por escrito



# KEANSBURG SCHOOL DISTRICT

## Keansburg Preschool Programs

81 Frances Place  
Keansburg, NJ 07734  
Phone 732-787-2007 x. 5400  
Caruso Site Fax: 732-495-3287  
Port Monmouth Road Site Fax : 732-495-7291  
[www.keansburg.k12.nj.us](http://www.keansburg.k12.nj.us)

**Ms. Anne M. Hazeldine**  
*Principal of Early Childhood*

**Ms. Kathleen O'Hare**  
*Superintendent of Schools*

### Home Language Survey Form

#### Introduction

This survey is the first of three steps to identify whether or not a student is eligible to be an English language learner (ELL). Start with "Question 1" and continue until the HLS is complete. Select the answer for each question and follow the directions.

#### Student Information

Student Name: \_\_\_\_\_

Student Birth Date: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_

Zip Code: \_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_

#### Survey Questions

##### Question 1

What was the first language used by the student?

A language other than English - Proceed to question 2a.

English - Proceed to question 2b.

##### Question 2a

At home, does the student hear or use a language  
Other than English more than half of the time?

YES - Proceed to question 7

NO - Proceed to question 4

##### Question 2b

At home, does the student hear or use a language  
Other than English more than half of the time?

YES - Proceed to question 4

NO - Proceed to question 3

##### Question 3

Does the student understand a language other than English?

YES - Proceed to question 4

NO - proceed to question 9

##### Question 4

When interacting with his/her parents/guardians, does the student use a language other than English more than half the time?

YES - Proceed to question 7      NO - proceed to question 5

Question 5

When interacting with caregivers other than their parent/guardian, does the student use a language other than English more than half of the time?

YES

NO

Question 6

Has the student recently moved from another school district/charter school where he/she was identified as an English language learner (ELL)?

YES

NO

Question 7

What are the home languages spoken? Proceed to step 8.

**8. Proceed to Step 2: Records Review Process.**

**Home Language Survey is complete**

**9. Do not proceed to Step 2: Records Review Process.**

**Home Language Survey is complete. Student is not an English Language Learner (ELL)**



INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO PREESCOLAR

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SECCIÓN I:

Quando estuvo embarazada, ¿Hubo algún problema durante el embarazo? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si respondió que sí, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Después del alumbramiento, ¿estuvo el bebé en el hospital por más de dos (2) días? \_\_\_\_\_

Si respondió que sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Edad en la que su niño/a empieza a: Caminar \_\_\_\_\_ Hablar: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a alguno de los siguientes hábitos?;

Accidentes al ir al baño \_\_\_\_\_ Rabieta \_\_\_\_\_ Alto nivel de actividad \_\_\_\_\_

Dificultad al separarse de usted \_\_\_\_\_ Llanto excesivo \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado su niño/a alguna de las siguientes dificultades en el pasado o presente?

Lenguaje \_\_\_\_\_ Audición \_\_\_\_\_ Alimentación \_\_\_\_\_ Sueño \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a alguna? Restricción física \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

Si respondió que sí, por favor explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

¿Cuáles con las áreas fuertes de su niño/a? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los desafíos de su niño/a? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que usted encuentre difícil en ser padre/madre?  
\_\_\_\_\_

¿Hay algo más que a usted le gustaría dejarnos saber acerca de su niño/a?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a algún pariente registrado en el programa preescolar? \_\_\_\_\_

Por favor enumere los nombres y su parentesco:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha asistido su niño/a a otro programa preescolar? \_\_\_\_\_ Si respondió que sí, por favor provea lo siguiente:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su niño/a alguna vez servicios de intervención temprana? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si respondió que sí: ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿En dónde escuchó acerca de nuestro programa preescolar? \_\_\_\_\_

¿Necesita su niño transporte para poder asistir a la escuela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## SECCIÓN II

*Permiso escrito hecho de acuerdo a 20.U.S.C. s 1232g (b) (1) 34 C. F. R. 99.30 (b)*

### INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE SALUD

Por favor responda todas las preguntas según su mayor conocimiento. Toda la información es confidencial.

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad actual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_

#### Historia Familiar:

A. Enumere a cualquier otra persona que vive en la casa y su parentesco con el niño/a

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

B. Algún familiar inmediato que sufra de alguna enfermedad seria: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Como: Epilepsia \_\_\_ Alcoholismo \_\_\_ Tuberculosis \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Asma \_\_\_\_\_

Rinitis alérgica \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

## SECCIÓN III

### EMBARAZO

A. ¿Hubo algún problema durante el embarazo?

SÍ

NO

1. Enfermedad

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Infección

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Convulsiones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Sangrado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Problemas emocionales/stress

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Medicamentos

\_\_\_\_\_

7. Otros

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Si respondió "Sí" a

cualquiera de las preguntas de arriba, por favor explique:

B. ¿La madre fumó durante el embarazo? \_\_\_\_\_

C. ¿Alguien fuma en la casa? \_\_\_\_\_

D. ¿Su embarazo fue de ciclo completo? \_\_\_ o prematuro \_\_\_ ¿Cuántas semanas antes? \_\_\_

E. ¿El alumbramiento fue normal y espontáneo? \_\_\_\_\_

Si no fue un alumbramiento normal y espontáneo, explique abajo que tipo de alumbramiento fue y la razón (por ejemplo: fórceps, cesárea, etc)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### SECCIÓN IV

#### HISTORIAL DE NACIMIENTO DEL NIÑO

A. Peso al nacer \_\_\_\_\_

B. ¿Tuvo algún problema de nacimiento (por ejemplo: dificultad para respirar, convulsiones, pérdida de peso, incubadora, etc.)? \_\_\_\_\_

Si respondió sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Historia y acontecimientos en el desarrollo

A. Por favor indique lo más cercano posible a los meses y años:

a. Levantó erguidamente la cabeza al estar echado en el estómago \_\_\_\_\_

b. Persiguió objetos \_\_\_\_\_

c. Se sentó independientemente \_\_\_\_\_

d. Se paró solo/a \_\_\_\_\_

e. Caminó solo/a \_\_\_\_\_

f. Habló (balbuceó), imita sonidos \_\_\_\_\_

g. Habló (con palabras/oraciones) \_\_\_\_\_

h. Controló su vejiga \_\_\_\_\_

i. Controló sus esfínteres \_\_\_\_\_

j. Comió solo \_\_\_\_\_

k. Derecho o zurdo \_\_\_\_\_

B. ¿Alguna lesión en la cabeza, operaciones, enfermedades, rinitis alérgica, alergias, infecciones de oído frecuentes, fracturas, convulsiones, etc. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si respondió "Sí", por favor explique:

\_\_\_\_\_

C. ¿Algún problema auditivo, visual, de lenguaje u ortopédico? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si respondió "Sí", por favor explique: \_\_\_\_\_

D. ¿Está el niño/a tomando algún medicamento? Sí \_\_\_\_\_ Si respondió "Sí", por favor explique:

Medicamento \_\_\_\_\_ Condición \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Condición \_\_\_\_\_

E. ¿Es el niño/a alérgico a algún alimento o medicamento? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si respondió "Sí", explique

\_\_\_\_\_

F. Describir los hábitos alimenticios del niño/a:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

G. Describir las habilidades sociales del niño/a:

SÍ NO

1. Tímido(a) \_\_\_\_\_

2. Amigable \_\_\_\_\_

3.	Contento (a)	_____	_____
4.	Conversador(a)	_____	_____
5.	Seguro de sí mismo(a)	_____	_____
6.	Temeroso(a)	_____	_____
7.	Hace rabietas	_____	_____
8.	Se enoja fácilmente	_____	_____
9.	Cambia de humor	_____	_____
10.	Tranquilo(a)	_____	_____
11.	Agresivo	_____	_____
12.	Retraído	_____	_____

Si desea, puede explicar las habilidades sociales del niño/a con más detalle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **VACUNAS**

El capítulo 14 del código sanitario estatal requiere que a cualquier niño/a al que se encuentre deficiente en sus vacunas contra las siguientes enfermedades infantiles NO SE LE PERMITA asistir a la escuela.

- **DTaP – 4 dosis**
- **Polio – 3 dosis**
- **MMR – 1 dosis**
- **HIB – 1 dosis después de su primer cumpleaños**
- **Hepatitis - B – 3 dosis**
- **Varicela - 1 dosis en o después del primer cumpleaños o una declaración del médico o de los padres de un previo caso de infección de varicela.**
- **PCV7 – 1 dosis después del primer cumpleaños**
- **Influenza (Gripe) – 1 dosis anual entre el primero de septiembre y el 31 de diciembre.**

Además de las vacunas anteriores **DEBE** tener prueba de:

- **Examen físico anual**

**Los récords de vacunas deberán tener el mes, día y año cuando fueron administrados.**

***La inscripción no será completada a menos que toda la documentación mencionada anteriormente sea presentada.***

Si tiene alguna pregunta, por favor llamar a la oficina de salud Pre-escolar al:

732 787-2007 Caruso Pre-K - ext 5870  
Fax: (732) 495-3287

PMR Pre-K – ext. 5770  
Fax: (732) 495-7291

**Este formulario es obligatorio para la entrada a la escuela. Por favor completar**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Padres/Tutores \_\_\_\_\_

Fecha del examen \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Apariencia General	
Ojos	
Oídos	
Boca	
Nariz	
Garganta	
Glándulas	
Pulmones	
Cabello	
Piel	
Postura	
Corazón	
Presión sanguínea	

Nombre del Doctor- Letra imprenta por favor \_\_\_\_\_

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_

Dirección del Doctor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nota: Los padres/tutores deben retornar este formulario de examen físico a la enfermera de la escuela del niño/a.

**ENCUESTA PREESCOLAR DEL IDIOMA EN EL HOGAR**  
**CUESTIONARIO DE IDIOMA PARA PADRES/TUTORES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(primer y segundo nombre) (apellido)

Fecha de entrada a la escuela: \_\_\_\_\_

Persona que completa la encuesta: [ ] Madre [ ] Padre [ ] Abuelo/a  
[ ] Tutor Otro [ ]

Instrucciones: Marque o escriba la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas acerca de su niño/a

1. ¿Qué idioma aprendió su niño/a cuando recién empezó a hablar?  
Inglés \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_
2. ¿Qué idioma habla la familia en casa la mayoría del tiempo?  
Inglés \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_
3. ¿Qué idioma hablan los padres [tutores] con el niño/a la mayoría del tiempo?  
Inglés \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_
4. ¿Qué idioma habla el niño/a con sus padres la mayoría del tiempo?  
Inglés \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_
5. ¿Qué idioma habla el niño/a con sus hermanos la mayoría del tiempo?  
Inglés \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_
6. ¿Qué idioma habla el niño/a con sus amigos la mayoría del tiempo?  
Inglés \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_
7. ¿En qué idioma desea usted recibir comunicación de la escuela?  
Inglés \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_
8. Por favor enumere los programas preescolares a los que su niño/a ha asistido antes de venir a nuestro programa:
9. ¿Qué nombre usa usted para niño/a (en caso de ser distinto al de arriba)? \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(persona que completó la encuesta)

Fecha: \_\_\_\_\_

New Jersey Department of Education  
Office of Preschool Education

Preschool Program Uniform Preschool Enrollment Form  
English/Spanish Version

**DIRECTIONS TO DISTRICT:** The questions in this form must be administered annually to the parent or guardian of every child registering in the preschool program. Four-year-olds who were previously enrolled in the three-year-old program must have their information updated from the previous year. Districts are encouraged to incorporate the questions into existing registration forms.

Interview the child's parent or guardian or have him/her complete a form to obtain responses to the following questions. **Responding to the questions in this form is not required for a parent to register a child in the preschool program, except that a parent or guardian must provide proof of child age and residency.** However, the parent or guardian should understand that his/her responses to these questions will be of great help to the district and the state in planning a program that meets the unique needs of his/her child. If the parent or guardian declines to respond to a question, leave the item blank and proceed to the next question. If the parent or guardian does not know the answer to a question but is willing to seek out the answer, allow him/her additional time to follow up with a correct response. Upon completion of the interview/form, administer or arrange for a time to administer the approved screening tool to the child.

**ABOUT THE CHILD**

1. Last Name of Child \*Required Field

Apellido del Niño/a \*Información necesaria

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. First Name of Child \*Required Field

Nombre del Niño/a \*Información necesaria

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Middle Name of Child – If applicable.

Segundo Nombre - Si es aplicable

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Generation Code or Suffix – If applicable, for example: Jr., Sr., III.

Código de clasificación de la generación o Sufijo - Si es aplicable, por ejemplo: Jr., Sr., III

--	--	--

5. Address of Child \*Required Field

Dirección del Niño/a \* Información necesaria

Street/Calle

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apartment/ Apartamento

--	--	--	--	--	--

City, State, Zip/ Ciudad, Estado, Código Postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Local Identification Number – To be assigned by computer.

Número de Identificación Local - Será asignado por computadora

--	--	--	--	--	--	--	--

7. **Birth Date of Child (Month/Day/Year) \*Required Field**  
**Fecha de Nacimiento del Niño/a (Mes/Día/Año) \*Información necesaria**

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

8. **City of Birth \*Required for all US-born students. Optional for all foreign-born students.**  
**Ciudad de nacimiento \*Requerido para todos los estudiantes nacidos en los Estados Unidos. Opcional para estudiantes nacidos fuera de los Estados Unidos.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. **State of Birth \*Required for all US-born students. Optional for all foreign-born students.**  
**Estado de Nacimiento \*\*Requerido para todos los estudiantes nacidos en los Estados Unidos. No es requerido para estudiantes nacidos en los Estados Unidos.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. **Country of Birth\*Mandatory for all foreign-born students. Not required for US-born students.**  
**País de Nacimiento. \*Esta información es obligatoria para todos los estudiantes nacidos fuera de los Estados Unidos. No es requerido para estudiantes nacidos en los Estados Unidos.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. **What is the child’s sex? Mark one box.**  
**¿Cual es el sexo del niño/a? Marque una respuesta.**

<input type="checkbox"/>	Female
<input type="checkbox"/>	Male

12. **What is the child’s race/ethnicity? \*Required Mark one or more races/ethnicities.**  
**¿Cual es la raza/origen étnico del niño/a? \* Requerido Marque una o más de una respuesta para indicar las razas/origen étnicos de su hijo/a.**

<input type="checkbox"/>	Hispanic//Latino
<input type="checkbox"/>	White
<input type="checkbox"/>	Black or African American
<input type="checkbox"/>	American Indian or Alaska Native
<input type="checkbox"/>	Asian
<input type="checkbox"/>	Pacific Islander (Hawaii, Guam, Samoa, Pacific Island)
<input type="checkbox"/>	Other: (describe)

13. **What language does the child speak most at home? Mark one box.**  
**¿Qué lenguaje habla su hijo/a en la casa? Marque una respuesta.**

<input type="checkbox"/>	English
<input type="checkbox"/>	Spanish
<input type="checkbox"/>	Arabic
<input type="checkbox"/>	Chinese
<input type="checkbox"/>	Creole (Haitian)
<input type="checkbox"/>	Gujarati
<input type="checkbox"/>	Korean
<input type="checkbox"/>	Polish
<input type="checkbox"/>	Portuguese
<input type="checkbox"/>	Russian
<input type="checkbox"/>	Other: (describe)



14. **Does the child have any chronic medical problems, special needs, or handicapping conditions?** Mark one box.  
**¿Padece el niño/a de algún problema médico crónico, de necesidades especiales o algún tipo de incapacidad?** Marque una respuesta.

<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Yes (Print problem or condition.)

15. **Will the child be enrolling for the entire school day?**  
**¿Su hijo/a será matriculado para el día entero escolar?**

<input type="checkbox"/>	Yes, enrolling for the entire school day.
<input type="checkbox"/>	No, enrolling for half day.

16. **What kind of health insurance does the child have?** Mark one box.  
**¿Qué clase de seguro médico tiene el niño/a?**

<input type="checkbox"/>	Private or employment-based health insurance
<input type="checkbox"/>	Medicaid
<input type="checkbox"/>	New Jersey FamilyCare
<input type="checkbox"/>	Some other health insurance
<input type="checkbox"/>	Uninsured

**END OF FORM – END OF FORM – END OF FORM – END OF FORM**