



Student Registration Packet

**Part 1 – Student Registration Form**

**A. Student Information**

Date: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_  
(First) (Full Middle Name) (Last) (Suffix)

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Place of Birth: \_\_\_\_\_ Gender: [ ]M / [ ]F  
(Month) (Day) (Year) (City) (State/Country)

Address: \_\_\_\_\_  
(Number) (Street) (Apt/ Floor)  
 \_\_\_\_\_  
(City) (State) (Zip Code)

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Has this student previously been enrolled in the Lawrence Public Schools? [ ]Y / [ ]N

If yes, please indicate the last school and school year your child was enrolled: \_\_\_\_\_  
(School) (Year)

If no, please indicate the school and grade the child was most recently enrolled in:

School: \_\_\_\_\_ City/ State/ Country: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_ Date last enrolled in above named school: \_\_\_\_\_

In which grade will your child be enrolling? \_\_\_\_\_

Does this student have any siblings currently enrolled in a Lawrence public school? [ ]Y / [ ]N

If yes, please indicate the names, dates of birth and schools of all siblings enrolled in LPS:

Sibling 1: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_  
(First) (Last) (Month) (Day) (Year)

Sibling 2: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_  
(First) (Last) (Month) (Day) (Year)

Sibling 3: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_  
(First) (Last) (Month) (Day) (Year)

**B. Education Services**

Does this student receive special education services through an IEP? [ ]Y / [ ]N

Does this student receive services from Early Intervention? [ ]Y / [ ]N

Does this student have a 504 Plan? [ ]Y / [ ]N

Does this student receive ESL services? [ ]Y / [ ]N

What is the primary home language? \_\_\_\_\_

**C. Federal/ State Information**

What is the students' ethnicity: [ ] Hispanic/Latino [ ] Not Hispanic/Latino

What is the students' ethnic group? \_\_\_\_\_

(A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.)

What is the students' race? Please select all that apply:

[ ] African-American [ ] Asian [ ] Caucasian [ ] Eskimo [ ] Native American [ ] Pacific Island



Paquete de Matrícula Estudiantil  
**Parte 1- Formulario de Matrícula Estudiantil**

**A. Información del Estudiante**

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido) (sufijo)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: [ ]M / [ ]F  
(Mes) (Día) (Año) (Ciudad) (Estado/País)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Número) (Calle) (Apt/Piso)  
 \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Ha estado matriculado anteriormente en las Escuelas Públicas de Lawrence? [ ]Y / [ ]N

Si es así, por favor indicar el nombre de la escuela en que estuvo matriculado: \_\_\_\_\_  
(Escuela) (Año)

Si no, por favor indicar el nombre de la última escuela y el grado en que su hijo(a) estuvo matriculado:  
 Escuela: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/País: \_\_\_\_\_  
 Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Matriculación Anterior \_\_\_\_\_

¿Para qué grado está usted inscribiendo a su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante hermanos(as) actualmente inscritos en las Escuelas Públicas de Lawrence? [ ]Y / [ ]N  
 Si respondió si, por favor de indicar los nombres, las fechas de nacimiento y el nombre de la escuela(s):

Hermano(a) 1: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

Hermano(a) 2: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

Hermano(a) 3: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

**B. Servicios de Educación**

¿Recibe el estudiante servicios de educación especial por medio de un PEI? [ ]Y / [ ]N  
 ¿Recibe el estudiante servicios de Intervención Temprana? [ ]Y / [ ]N  
 ¿Tiene el estudiante un Plan 504? [ ]Y / [ ]N  
 ¿Recibe el estudiante servicios de inglés como segundo idioma (ESL)? [ ]Y / [ ]N  
 ¿Cuál es el lenguaje primario en el hogar? \_\_\_\_\_

**C. Información Federal y Estatal**

¿Cuál es el origen étnico del estudiante? [ ] Hispano/Latino [ ] No Hispano/Latino  
 ¿Cuál es el grupo étnico del estudiante? \_\_\_\_\_  
(Es de origen cubano, mejicano, puertorriqueño, sur o centro americano, o de otra cultura Hispana, independientemente de la raza)

¿Cuál es la raza del estudiante? Por favor de seleccionar todos los que apliquen:  
 [ ] Afroamericano [ ] Asiático [ ] Caucásico [ ] Esquimal [ ] Nativo Americano [ ] Isleño Pacífico



C. Federal/ State Information Continued

Does the child meet any criteria regarding household member's military status?

Y /  N

1. A student enrolled in K-12 in the household of a full time duty status in the active uniform service of the United States, including members in the National Guard and Reserve on active duty orders pursuant to 10 U.S.C Section 1209 and 1211.
2. Members or veterans of the uniformed services who are severely injured and medically discharged or retired for a period of one year.
3. Members of the uniformed service who died on active duty or as a result of injuries sustained on active duty for a period of one year after death.

Is the student considered any of the following? Please select all that apply:

Migrant  Refugee  Immigrant  Foster Child  Ward of the State  Homeless Child

D. Parent/ Guardian Information

Parent/ Guardian 1

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
(First) (Last)

Does the child live with parent/ guardian 1?  Yes /  No If no, please provide your address below:

Address: \_\_\_\_\_  
(Number) (Street) (Apt/ Floor)  
 \_\_\_\_\_  
(City) (State) (Zip Code)

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Work Phone: \_\_\_\_\_ Work Email: \_\_\_\_\_

Parent/ Guardian 2

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
(First) (Last)

Does the child live with parent/ guardian 2?  Yes /  No If no, please provide your address below:

Address: \_\_\_\_\_  
(Number) (Street) (Apt/ Floor)  
 \_\_\_\_\_  
(City) (State) (Zip Code)

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Work Phone: \_\_\_\_\_ Work Email: \_\_\_\_\_



**C. Información Federal y Estatal Continuada**

¿Cumple el estudiante con algunos de los siguientes criterios con respecto al estado militar de algún miembro del hogar? [ ] Y / [ ] N

1. Un estudiante matriculado en K - 12 que resida en el hogar con alguien que está activo(a) en el servicio uniformado de los Estados Unidos, incluyendo a los miembros de la Guardia Nacional y Reserva en órdenes de servicio activo conforme a la 10 U.S.C., Sección 1209 y 1211.
2. Miembros o veteranos de los servicios uniformados que están gravemente heridos y médicamente discapacitados o jubilado por un período de un año.
3. Miembros de los servicios uniformados que murieron en servicio activo o como consecuencia de las lesiones sostenidas en el servicio activo por un período de un año después de la muerte.

¿Es el estudiante considerado alguno de los siguientes? Por favor de seleccionar todos los que apliquen:  
 Migrante    Refugié    Inmigrante    Hijo Adoptivo    Bajo la tutela del Estado    Niño sin Hogar

**D. Información del Padre o Guardián**

Padre/ Guardián 1

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Apellido)

¿Vive el niño con el padre/ guardián 1?       Sí /  No      Sino, por favor de proveer su dirección abajo:

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Número) (Calle) (Apt/ Piso)  
\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico del trabajo: \_\_\_\_\_

Padre/ Guardián 2

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Apellido)

¿Vive el niño con el padre/ guardián 2?       Sí /  No      Sino, por favor de proveer su dirección abajo:

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Número) (Calle) (Apt/ Piso)  
\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico del trabajo: \_\_\_\_\_



E. *Emergency Contacts*

In case of an emergency, please provide the contact information of two other individuals who can assume responsibility for the student in the event that neither guardian can be reached.

Emergency Contact 1

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
(First) (Last)

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Work Phone: \_\_\_\_\_ Work Email: \_\_\_\_\_

Emergency Contact 2

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
(First) (Last)

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Work Phone: \_\_\_\_\_ Work Email: \_\_\_\_\_

F. *Acknowledgment*

**I understand the Lawrence Public Schools is only required to enroll a child who resides in the City of Lawrence. I certify that the information provided in this document is true.**

Parent / Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



*E. Contactos de Emergencia*

Por favor provea información de contacto de dos personas quienes puedan asumir la responsabilidad del estudiante en el evento de que no nos podamos comunicar con usted en caso de emergencia.

Contacto de Emergencia 1

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Apellido)

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico del trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia 2

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Apellido)

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: - \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico del trabajo: \_\_\_\_\_

*F. Declaración*

**Entiendo que las Escuelas Públicas de Lawrence están requeridas a solo matricular a los niños(as) que viven en la ciudad de Lawrence. Certifico que la información proveída en este documento es verídica.**

Firma del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Student Registration Packet

**Part 2 – Home Language Survey**

Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education regulations require that all schools determine the language(s) spoken in each student’s home in order to identify their specific language needs. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students. If a language other than English is spoken in the home, the District is required to do further assessment of your child. Please help us meet this important requirement by answering the following questions.

Student Name: \_\_\_\_\_  
(First) (Full Middle Name) (Last)

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Country of Birth: \_\_\_\_\_ Date first enrolled in ANY US School: \_\_\_\_\_  
(Month) (Day) (Year) (Month) (Day) (Year)

1. What is the native language(s) of each parent/ guardian?  
Language: \_\_\_\_\_  Father  Mother  Guardian  
Language: \_\_\_\_\_  Father  Mother  Guardian  
Language: \_\_\_\_\_  Father  Mother  Guardian
  
2. What language did your child first understand and speak? \_\_\_\_\_
  
3. Which other languages does your child know?  
Language: \_\_\_\_\_  Speak  Read  Write  
Language: \_\_\_\_\_  Speak  Read  Write  
Language: \_\_\_\_\_  Speak  Read  Write
  
4. Which language do you use most with your child? \_\_\_\_\_
  
5. Which language(s) does your child use?  
Language: \_\_\_\_\_  Seldom  Sometimes  Often  Always  
Language: \_\_\_\_\_  Seldom  Sometimes  Often  Always  
Language: \_\_\_\_\_  Seldom  Sometimes  Often  Always
  
6. Which languages are spoken with your child (including from relatives – grandparents, uncles, aunts, caregivers)?  
Language: \_\_\_\_\_  Seldom  Sometimes  Often  Always  
Language: \_\_\_\_\_  Seldom  Sometimes  Often  Always  
Language: \_\_\_\_\_  Seldom  Sometimes  Often  Always
  
7. Will you require written information from school in your native language?  Yes  No
  
8. Will you require an interpreter/ translator at parent-teacher meetings?  Yes  No

Parent / Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Paquete de Matrícula Estudiantil

**Parte 2 – Encuesta del Idioma Hablado en el Hogar**

Las regulaciones del Departamento Educación Elemental y Secundaria requieren que todas las escuelas determinen el idioma(s) que se habla en la casa de cada estudiante con el fin de identificar sus necesidades lingüísticas específicas. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa para todos los estudiantes. Si un idioma distinto al inglés se habla en el hogar, el Distrito está obligado a hacer una nueva evaluación de su hijo. Por favor ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)

Fecha en la que fue matriculado en escuelas de los estados Unidos: \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)

1. ¿Cuál es el idioma(s) natal del padre/guardián?

Lenguaje: \_\_\_\_\_  Padre  Madre  Guardián  
 Lenguaje: \_\_\_\_\_  Padre  Madre  Guardián  
 Lenguaje: \_\_\_\_\_  Padre  Madre  Guardián

2. ¿Cuál fue el primer idioma que entendió y habló su hijo? \_\_\_\_\_

3. ¿Qué otro idioma sabe su hijo(a)?

Lenguaje: \_\_\_\_\_  Habla  Lee  Escribe  
 Lenguaje: \_\_\_\_\_  Habla  Lee  Escribe  
 Lenguaje: \_\_\_\_\_  Habla  Lee  Escribe

4. ¿Qué idioma usa usted principalmente con su hijo(a)? \_\_\_\_\_

5. ¿Qué idiomas usa su hijo(a)?

Lenguaje: \_\_\_\_\_  Infrecuentemente  A veces  Frecuentemente  Siempre  
 Lenguaje: \_\_\_\_\_  Infrecuentemente  A veces  Frecuentemente  Siempre  
 Lenguaje: \_\_\_\_\_  Infrecuentemente  A veces  Frecuentemente  Siempre

6. ¿Qué Idioma(s) se habla(n) con su hijo(a) (Incluya parientes – abuelos, tíos, tías, encargados, etc.)?

Lenguaje: \_\_\_\_\_  Infrecuentemente  A veces  Frecuentemente  Siempre  
 Lenguaje: \_\_\_\_\_  Infrecuentemente  A veces  Frecuentemente  Siempre  
 Lenguaje: \_\_\_\_\_  Infrecuentemente  A veces  Frecuentemente  Siempre

7. ¿Requerirá usted la información impresa de la escuela en su idioma natal?  Sí  No

8. ¿Requerirá usted un intérprete/traductor en reuniones de padres y maestros?  Sí  No

Firma del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





Student Registration Packet

**Part 3 – Authorization for Release of Student Records**

The following is in accordance with the provisions of Public Law 93-308 §513, 20 U.S.C. §1232g, M.G.L Chapter 71 §34, and 603 CMR 23.07.

**I, as parent/ guardian or student 18 years or older, hereby authorize the transfer of school records as indicated upon receipt of this request.**

Date: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_  
(First) (Full Middle Name) (Last)

Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(Month) (Day) (Year)

Address: \_\_\_\_\_  
(Number) (Street) (Apt/ Floor)  
\_\_\_\_\_  
(City) (State) (Zip Code)

Parent/ Guardian Name: \_\_\_\_\_  
(First) (Last)

Home Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
(Number) (Street) (Apt/ Floor)  
\_\_\_\_\_  
(City) (State) (Zip Code)

**Transfer Records**

From Sending School: \_\_\_\_\_

Sending School Address: \_\_\_\_\_

To Receiving School: \_\_\_\_\_

Receiving School Address: \_\_\_\_\_

Parent / Guardian/ Authorizer Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Paquete de Matrícula Estudiantil

**Parte 3 – Autorización para la Divulgación de Expedientes de los Estudiantes**

El siguiente es en conformidad con las disposiciones de la Ley Pública 93-308 §513, 20 U.S.C. §1232g, M.G.L Capítulo 71 §34, y 603 CMR 23.07 de Massachusetts.

**Yo, como padre/encargado o estudiante mayor de 18 años, autorizo la transferencia de archivos escolares tal y como indica esta petición.**

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

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)

Dirección:

\_\_\_\_\_  
(Número) (Calle) (Apt/ Piso)  
 \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Nombre del Padre/Guardián:

\_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Apellido)

Número de Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_  
(Número) (Calle) (Apt/ Piso)  
 \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**Transferencia de Expediente Estudiantil**

Escuela enviando el expediente: \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela enviando el expediente: \_\_\_\_\_

Escuela recibiendo el expediente: \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela recibiendo el expediente: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/ Guardián/ Persona dando Autorización: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Student Registration Packet

**Part 4 – Authorization for Exchange of Health and Education Information**

Date: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_  
(First) (Last)

Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(Month) (Day) (Year)

Parent/ Guardian Name: \_\_\_\_\_  
(First) (Last)

Home Phone: \_\_\_\_\_

**I hereby authorize** \_\_\_\_\_ **and**  
(Healthcare Provider and Name)

\_\_\_\_\_ **to exchange health and education**  
(Healthcare and Title of School Official)

**information/ records for the purpose(s) listed below.**

School: \_\_\_\_\_ School Phone: \_\_\_\_\_

School Address: \_\_\_\_\_

Healthcare Provider: \_\_\_\_\_ Healthcare Provider Phone: \_\_\_\_\_

Healthcare Provider: \_\_\_\_\_

**Description:**

The following education information may be disclosed:

- Report Card
- Standardized Test Data
- IEP or IAP
- Special Education Evaluations
- Psychological Evaluations
- Other: \_\_\_\_\_

The following health information may be disclosed:

- Immunizations
- Medication Administration
- Physical
- Full Health Records
- Other: \_\_\_\_\_

This information will be used for the following purpose(s):

- Educational evaluation and program planning
- Health assessment and planning for health care services and treatment in school
- Medical evaluation and treatment
- Other: \_\_\_\_\_

This authorization is valid for one calendar year. It will expire one year from the date noted on this document. I understand that I may revoke this authorization at any time by submitting written notice of the withdrawal of my consent. I recognize that health records, once received by the school district, may not be protected by the HIPAA Privacy Rule, but will become education records protected by the Family Educational Rights to Privacy Act. I also understand that if I refuse to sign, such refusal will not interfere with my child's ability to obtain health care.

Parent / Guardian/ Authorizer Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\*If a minor student is authorized to consent to healthcare without parental consent under federal or state law, only the student shall sign the authorization form. A competent minor depending in age can consent to outpatient mental health care, alcohol and drug abuse treatment, testing for HIV/AIDS, and reproductive health care services.



Paquete de Matrícula Estudiantil

**Parte 4 – Autorización para Intercambiar Información Médica y Educativa**

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

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo a** \_\_\_\_\_ **y**  
(Nombre del proveedor de cuidado médico)

\_\_\_\_\_ **intercambiar información/ archivos**  
(Nombre y título del oficial escolar)

**Médicos y educativos con el propósito indicado abajo.**

Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de la Escuela: \_\_\_\_\_

Proveedor Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del Proveedor Médico: \_\_\_\_\_

Dirección del Proveedor Médico: \_\_\_\_\_

**Descripción:**

Divulgación de la siguiente información educativa:

- Reporte de notas
- Datos de pruebas estandarizadas
- Plan Individual Educativo (PEI) o Plan de Acción Individualizado (PIA)
- Evaluaciones de Educación Especial
- Evaluaciones Psicológicas
- Otro: \_\_\_\_\_

Divulgación de la siguiente información médica:

- Inmunizaciones
- Administración de Medicamentos
- Examen Físico
- Record Médico Completo
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta información será utilizada para el siguiente propósito(s):

- Evaluación educativa y planificación de programa
- Asesoramiento de salud y planificación para proveer servicios de tratamiento de salud en la escuela
- Evaluación médica y tratamiento
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida por un año escolar y expira al cumplir el año de la fecha anotada en este documento.

Reconozco que estos archivos, una vez recibidos por el distrito escolar, no podrán estar amparados por el Reglamento de Privacidad HIPAA, pero se convertirán en archivos educativos amparados por el Acta de Derecho Educativo Familiar y de Privacidad. También entiendo que si rehúso firmar, tal rechazo no interferirá para que mi hijo(a) obtenga cuidado médico.

Firma del Padre/ Guardián/ Persona dando Autorización: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\*Si un estudiante menor de edad es autorizado a recibir cuidado médico sin el consentimiento del padre bajo la ley federal o estatal, solamente el estudiante podrá firmar este formulario de autorización. Un menor apto, dependiendo de la edad, puede dar su consentimiento para recibir servicios de salud mental, tratamiento de alcoholismo y abuso de drogas, pruebas de HIV/SIDA, y servicios de salud reproductiva.



Student Registration Packet

**Part 5 – Student Health Questionnaire**

Physician’s Name: \_\_\_\_\_ Physician’s Phone: \_\_\_\_\_

Physician’s Address: \_\_\_\_\_

Dentist’s Name: \_\_\_\_\_ Dentist’s Phone: \_\_\_\_\_

Dentist’s Address: \_\_\_\_\_

Does this child have health insurance: [ ]Y / [ ]N

If yes, please indicate the name of the insurance and the policy number: \_\_\_\_\_

1. When did your child last see a medical doctor and why? \_\_\_\_\_

2. When did your child last see a dentist and why? \_\_\_\_\_

3. Does/ Has your child have/had disease(s) that affects the function of the eye, ear, heart, kidney, muscles, lungs, or immune system: [ ]Y / [ ]N

a. If yes, please explain: \_\_\_\_\_

4. List any operations, fractures, sprains, or bone dislocations: \_\_\_\_\_

5. Please indicate the age at which your child accomplished the following:

- |                 |            |                    |            |
|-----------------|------------|--------------------|------------|
| a. Sitting      | Age: _____ | e. Sentences       | Age: _____ |
| b. Walking      | Age: _____ | f. Toilet Training | Age: _____ |
| c. Simple Words | Age: _____ | g. Dressing Self   | Age: _____ |
| d. Feeding Self | Age: _____ |                    |            |

6. Has your child ever had any of the following?

- |   |             |                                   |             |
|---|-------------|-----------------------------------|-------------|
| a. Allergies (food, insects, drugs, latex)  | [ ]Y / [ ]N | n. Diabetes                       | [ ]Y / [ ]N |
| b. Allergies (seasonal)                     | [ ]Y / [ ]N | o. Head or spine injury           | [ ]Y / [ ]N |
| c. Asthma/ breathing problems               | [ ]Y / [ ]N | p. Deafness/ Hearing problems     | [ ]Y / [ ]N |
| d. Attention deficit/hyperactivity disorder | [ ]Y / [ ]N | q. Heart problems                 | [ ]Y / [ ]N |
| e. Behavioral problems                      | [ ]Y / [ ]N | r. Hospitalizations               | [ ]Y / [ ]N |
| f. Developmental problems                   | [ ]Y / [ ]N | s. Lead poisoning                 | [ ]Y / [ ]N |
| g. Bladder problems                         | [ ]Y / [ ]N | t. Muscle problems                | [ ]Y / [ ]N |
| h. Bleeding problems                        | [ ]Y / [ ]N | u. Seizures                       | [ ]Y / [ ]N |
| i. Bowel problems                           | [ ]Y / [ ]N | v. Sickle cell disease(not trait) | [ ]Y / [ ]N |
| j. Cerebral palsy                           | [ ]Y / [ ]N | w. Speech problems                | [ ]Y / [ ]N |
| k. Cystic fibrosis                          | [ ]Y / [ ]N | x. Surgery                        | [ ]Y / [ ]N |
| l. Dental problems                          | [ ]Y / [ ]N | y. Vision problems                | [ ]Y / [ ]N |
| m. Psychological/ mental health problems    | [ ]Y / [ ]N |                                   |             |

7. Please explain any of the “Yes” answers to the above questions: \_\_\_\_\_

8. Does your child have allergies: [ ]Y / [ ]N If yes, Epipen prescribed: [ ]Y / [ ]N

a. Please list the allergies: \_\_\_\_\_

9. Describe any other important health related information about your child (i.e. feeding tube, oxygen support): \_\_\_\_\_

10. Has your child ever had chicken pox: [ ]Y / [ ]N If yes, when: \_\_\_\_\_

11. Does your child take any prescriptions: [ ]Y / [ ]N If yes, please list: \_\_\_\_\_

12. Does your child wear glasses: [ ]Y / [ ]N

13. Is your child able to participate in the school’s regular program of physical activities? [ ]Y / [ ]N

a. If no, please explain: \_\_\_\_\_

Parent / Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Paquete de Matrícula Estudiantil  
**Parte 5 – Cuestionario de Salud**

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Médico: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Dentista: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) seguro médico? [ ] Sí / [ ] No

Si tiene seguro médico, por favor indicar el nombre y el número de póliza: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) visitó a un médico y por qué? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) visitó al dentista y por qué? \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene su hijo(a) alguna enfermedad que afecte la función de la vista, oído, corazón, riñón, muscular, pulmonar o el sistema inmune? [ ] Sí / [ ] No

Favor de explicar: \_\_\_\_\_

4. Detalle operaciones, fracturas, torceduras o dislocaciones de los huesos: \_\_\_\_\_

5. Por favor indicar a qué edad su hijo(a) pudo lograr lo siguiente:

e. Sentarse Edad: \_\_\_\_\_ e. Oraciones Edad: \_\_\_\_\_

f. Caminar Edad: \_\_\_\_\_ f. Usar el baño solo(a) Edad: \_\_\_\_\_

g. Palabras Simples Edad: \_\_\_\_\_ g. Vestirse solo Edad: \_\_\_\_\_

h. Comer Solo(a) Edad: \_\_\_\_\_

6. ¿Su niño(a) ha tenido alguno de los siguientes? Por favor circule sí o no.

n. alergias (Comida, Insectos, drogas, látex) [ ] Sí / [ ] No n. Diabetes [ ] Sí / [ ] No

o. Alergias (temporales) [ ] Sí / [ ] No o. Lesión en la cabeza o en la columna Vertebral [ ] Sí / [ ] No

p. Asma/ problemas respiratorios [ ] Sí / [ ] No p. Problemas de audición [ ] Sí / [ ] No

q. Déficit de atención/hiperactividad [ ] Sí / [ ] No q. Problemas de corazón [ ] Sí / [ ] No

r. Problemas de conducta [ ] Sí / [ ] No r. Hospitalizaciones [ ] Sí / [ ] No

s. Problemas de desarrollo [ ] Sí / [ ] No s. Envenenamiento de plomo [ ] Sí / [ ] No

t. Problemas urinarios [ ] Sí / [ ] No t. Problemas musculares [ ] Sí / [ ] No

u. Problemas de sangrado [ ] Sí / [ ] No u. Convulsiones [ ] Sí / [ ] No

v. Problemas intestinales [ ] Sí / [ ] No v. enfermedad de células falciformes (no Características) [ ] Sí / [ ] No

w. Parálisis cerebral [ ] Sí / [ ] No w. Problemas del habla [ ] Sí / [ ] No

x. Fibrosis quística [ ] Sí / [ ] No x. Cirugía [ ] Sí / [ ] No

y. Problemas dentales [ ] Sí / [ ] No y. Problemas de visión [ ] Sí / [ ] No

z. Problemas psicológicos/salud mental [ ] Sí / [ ] No

7. Por favor de explicar las respuestas a las que respondió "Sí": \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene su hijo(a) alergias? [ ] Sí / [ ] No ¿Epipen recetada? [ ] Sí / [ ] No

a. Por favor de listar alergias: \_\_\_\_\_

9. Describe cualquier otra cosa o información importante relacionada a la salud de su hijo(a) (es decir, alimentación por tubo, apoyo de oxígeno, aparato del oído):  
 \_\_\_\_\_

10. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna vez varicela? [ ] Sí / [ ] No ¿Cuando?: \_\_\_\_\_

11. ¿Toma su hijo(a) algún medicamento? [ ] Sí / [ ] No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

12. ¿Usa su hijo(a) anteojos? [ ] Sí / [ ] No

13. ¿Puede su hijo(a) participar en programa regular de actividades físicas en la escuela? [ ] Sí / [ ] No

a. Por favor de explicar si no: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_