



Experiencia previa de cuidado a temprana edad

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Año de kínder: **2022-23**

El Departamento de Educación del Estado de Maryland (MSDE, por sus siglas en inglés) requiere que las Escuelas Públicas del Condado de Baltimore reúnan información sobre las experiencias con el cuidado a temprana edad que tuvieron los alumnos que se estén inscribiendo al kínder. Utilice las definiciones que se proporcionan abajo para darnos la siguiente información

¿Qué tipo de cuidado recibió el niño/a la mayor parte del tiempo desde septiembre del año anterior (antes de que cerraran las escuelas por la pandemia)? Marque en la casilla correcta indicando si participó un día completo o medio día (por ejemplo, si su hijo/a asistió a un programa de medio día de preescolar en una escuela de BCPS en la mañana y el resto del día estuvo al cuidado de algún pariente, usted debe escoger marcando "dos opciones para medio día", utilice la casilla de "cuidado informal" y la de preescolar en una escuela pública) Incluya en la línea el nombre de la escuela, guardería o proveedor.

Experiencia previa: DEBE marcar (1) día completo O (2) medio día		
escoja una opción para día completo	escoja dos opciones para medio día	Tipo de cuidado que recibió el año anterior a asistir a una escuela pública
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centro de cuidado infantil Cuidado infantil proporcionado en un centro, normalmente no residencial, durante una parte o todo el día, que provee cuidado a los niños en ausencia de los padres. Los centros están autorizados por la Oficina de Cuidado Infantil del Departamento de Educación del Estado de Maryland. Nombre/locación:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado infantil familiar Cuidado regulado que se ofrece a niños menores de 13 años, en lugar del cuidado de los padres, durante menos de 24 horas en una casa que no sea la casa del niño y por el que se paga al proveedor. El cuidado infantil familiar está regulado por la Oficina de Cuidado Infantil del Departamento de Educación de Maryland. Nombre/locación:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Programa Head Start Un programa de preescolar federal para niños de 3 a 5 años de familias de bajos ingresos, financiado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. y autorizado por la Oficina de Cuidado Infantil del Departamento de Educación de Maryland. Nombre/locación:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Casa/Cuidado informal Cuidado ofrecido por un familiar o una persona que no es de la familia en una casa. Nombre/locación:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kínder (repitió) El estudiante está repitiendo Kindergarten. Nombre/locación:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Guardería privada Programa de preescolar con un enfoque en "educación" para niños de 2, 3 y 4 años, aprobado o exonerado por MSDE, normalmente parte del día y durante nueve meses al año. Nombre/locación:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pre kínder en una escuela pública Educación pública de Pre kínder para niños de cuatro años. Administrada por los consejos de educación locales y regulada por el Departamento de Educación del Estado de Maryland (MSDE), en conformidad con los Programas de Pre kínder de COMAR 13A.06.02 (Educación general o educación especial en una escuela pública). Nombre/locación:



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE BALTIMORE
NOMBRE DE LA ESCUELA AQUÍ
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESCOLAR
PS 515, F1

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Fecha: (mm/dd/aa)	Nivel de grado:	<input type="checkbox"/> Inscripción en servicios solamente <input type="checkbox"/> Inscripción como parte de un Programa de Intercambio Extranjero (solo secundaria)
Apellido del estudiante:	Sufijo:	Nombre del estudiante:
Segundo nombre:	No tiene segundo nombre: <input type="checkbox"/>	Nombre de preferencia (opcional):
Sexo de nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Identidad de género (opcional): <input type="checkbox"/> Masculino/Él <input type="checkbox"/> Femenino/Ella
Fecha de nacimiento: (mm/dd/aa)		Documento de nacimiento: (nombre del documento)
País de nacimiento:		Última escuela a la que asistió:
¿Qué idioma(s) aprendió a hablar primero el estudiante? _____		
¿Qué idioma usa el estudiante con más frecuencia para comunicarse? _____		
¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar? _____		

El Departamento de Educación de EE.UU. requiere que todas las escuelas públicas recopilen información sobre la identidad racial y étnica. Completar las Partes I y II.

Parte I Hispano (marcar sí, si su hijo/a es de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, centroamericano u de otra cultura española, independientemente de su raza. <input type="checkbox"/> Sí	
Parte II <input type="checkbox"/> 1. Indoamericano o nativo de Alaska	Persona procedente de cualquiera de los pueblos originarios de Norteamérica y Sudamérica (incluida Centroamérica) y que mantiene una afiliación tribal o conexión con la comunidad.
<input type="checkbox"/> 2. Asiático	Persona procedente de cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste de Asia o el subcontinente Indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
<input type="checkbox"/> 3. Negro o afroamericano	Persona procedente de cualquiera de los grupos raciales negros de África.
<input type="checkbox"/> 4. Nativo de Hawái/islas del Pacífico	Persona procedente de cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
<input type="checkbox"/> 5. Blanco	Persona procedente de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio y el norte de África.

INFORMACIÓN SOBRE HERMANOS

Hermanos	Hermano/Hermana	Edad	Escuela	Grado	Reside con el estudiante registrado (sí o no)

DOMICILIO DEL ESTUDIANTE

Dirección:	Apartamento No.:	Ciudad, estado, código postal:
------------	------------------	--------------------------------

INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE APOYO DEL ESTUDIANTE

Marcar los servicios indicados a continuación que recibe su hijo/a actualmente:

ELL (Aprendizaje de Inglés) IEP Comidas gratis y a precio reducido 504 Estudiantes dotados y talentosos/Materias académicas avanzadas



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE BALTIMORE
NOMBRE DE LA ESCUELA AQUÍ
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESCOLAR
PS 515, F1

INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD			
Nombre de la persona que completa el formulario:		Relación:	Teléfono:
¿Usted tiene la custodia legal de este niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Los documentos de la custodia están en el expediente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Año:	
<input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre			
El niño/a vive con	<input type="checkbox"/> Tutores <input type="checkbox"/> Padre(s) adoptivo(s) <input type="checkbox"/> Otro _____ Nombre: _____		
	¿Usted vive en una vivienda temporal o no tiene vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Si la respuesta es sí, la escuela se pondrá en contacto inmediatamente con el personal de asistencia a los estudiantes para proporcionar ayuda. (El padre o madre/tutor debe completar el Formulario HSE-1)		

INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES/TUTOR			
Nombre del tutor principal:	Números de teléfono	Hogar, trabajo, celular	¿Recibir mensajes de texto? (S/N)
Relación con el tutor:			
¿El estudiante reside con este contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es no, indicar la dirección o la casilla de correos:			
Ciudad, estado, código postal:	Correo electrónico:		
Empleador:	¿Está en el servicio militar activo a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Nombre del tutor secundario:	Números de teléfono	Hogar, trabajo, celular	¿Recibir mensajes de texto? (S/N)
Relación con el tutor:			
¿El estudiante reside con este contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es no, indicar la dirección o la casilla de correos:			
Ciudad, estado, código postal:	Correo electrónico:		
Empleador:	¿Está en el servicio militar activo a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

LLAMADAS TELEFÓNICAS AUTOMATIZADAS			
Además de notificaciones de emergencia, el contacto consignado anteriormente podría recibir llamadas, correos electrónicos, mensajes de texto y mensajes pregrabados con respecto a información no urgente. La información no urgente es aquella que no está relacionada con el cierre de la escuela, emergencias médicas o de seguridad. La información no urgente incluye, entre otros: cambios en el calendario escolar, recordatorios de pruebas para el estudiante, mensajes del Superintendente, actividades escolares y notificaciones sobre las actividades diarias de su estudiante, responsabilidades escolares o eventos. Si desea que las notificaciones no urgentes se envíen a un número diferente, especifíquelo a continuación:			
Número para notificaciones no urgentes:	Ext:	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular	¿Recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si desea que no se le hagan llegar las notificaciones que no son urgentes, firme aquí:			
Observación: Su firma confirma que usted <u>no recibirá</u> llamadas con respecto a información que no sea urgente.			

LISTA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA (indique por orden de contacto)
En caso de un incidente o enfermedad grave, el personal de la escuela se comunicará con el padre o tutor. Cuando no sea posible contactar a los padres/tutores, indique a las personas que podemos contactar para recoger a su estudiante, de ser necesario. Si no se puede contactar al padre o tutor en una emergencia médica, el personal de la escuela se comunicará con el médico/dentista del niño que se especifica en el formulario de salud. La escuela también dispondrá los arreglos que considere necesarios, incluidos llamar a una ambulancia y transportar al estudiante al hospital. NOTA: el padre o tutor deberá aprobar por escrito todas las salidas antes de tiempo.



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE BALTIMORE
NOMBRE DE LA ESCUELA AQUÍ
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESCOLAR
PS 515, F1

Nombre	Relación	Teléfono
Solo para primaria: ¿Si ocurriese una emergencia de cierre de escuela, ¿quién es responsable por el estudiante? Si no es el padre o madre/tutor, indique nombre y dirección:		¿Si ocurriese una emergencia de cierre de escuela, cómo se transportará el estudiante de primaria? <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Viaje en autobús <input type="checkbox"/> Será recogido
Tras la notificación por parte del personal de la escuela, estoy de acuerdo en enviar a mi hijo/a al hogar en taxi de ser necesario. También soy responsable por llamar al taxi y pagar el costo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Solo para secundaria: NO permitir que mi hijo participe en la Encuesta de Tabaquismo y Comportamiento de Riesgo en Jóvenes de Maryland (MYTRBS).

Los estudiantes de secundaria con teléfonos celulares pueden optar por recibir mensajes de texto desde el sistema automatizado en una emergencia escolar. Si desea que su representado reciba notificaciones de texto en caso de emergencia, indique abajo el número del teléfono celular del estudiante.
 Número de teléfono celular del estudiante: () _____

NOTA: todas las partes que suministren sus números telefónicos podrán recibir llamadas o mensajes de texto desde el sistema automatizado en una emergencia escolar. Podrían aplicar las tarifas por servicios de mensajería y datos.

BCPS One: (<https://bepsone.bcps.org/>) es un ecosistema digital que apoya la enseñanza y el aprendizaje al brindar al usuario la oportunidad de incorporarse en el proceso educativo mediante el acceso a herramientas en línea, recursos y progreso estudiantil. El acceso de solo ver en PCPS One permite al usuario consultar la información del estudiante, tal como registro de asistencia y boletín de calificaciones. Brindar el acceso de solo ver en BCPS One no autoriza a la persona que tome ninguna decisión con respecto al programa educativo del estudiante o que participe en las reuniones escolares. Para otorgar el acceso de solo ver a otras personas que no sean los padres o tutores legales, anote su información abajo y marque su nombre a APROBAR.

Nombre	Parentesco	Dirección de correo electrónico	Marque aquí para APROBAR el acceso para solo ver en BCPS One

Únicamente solicitudes de nombre o género preferido:

Entiendo que, al solicitar un nombre o género preferido, permito a las Escuelas Públicas del Condado de Baltimore que utilicen el nombre o género preferido para mi hijo, en el entendido de que su nombre legal se mantendrá en las boletas SR, los boletines de calificaciones, los informes interinos, las fichas académicas, las evaluaciones y los diplomas.

Firma del adulto responsable por el estudiante: _____ Fecha: _____
 Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Lea cuidadosamente antes de firmar este formulario:
Entiendo que, si se determina que he proporcionado información falsa sobre mi lugar de residencia, mi hijo/a será retirado de la escuela y se evaluará el costo de la matrícula sobre una base prorrateada para el período de tiempo que estuvo inscrito fraudulentamente. (Actualmente los costos de matrícula son mayores a \$6,000 por año y aumentan anualmente).

A mi leal saber y entender, toda la información registrada en este formulario de inscripción es correcta.

Firma del adulto a cargo de la inscripción del estudiante _____ Fecha _____

New Student Health History

Last Name: _____ First Name: _____ Grade: _____ Gender: Male / Female

Last school your child attended? _____ DOB: _____

Has your child traveled or resided outside of the U.S. in the past year? Yes No

If yes, list countries: _____

Where do you usually take your child for routine medical care?

Name: _____ Phone Number: _____

Does your child take any medication? Yes No If yes, list medications: _____

Does your child require any special health treatments or procedures (e.g. tube feeding or catheterization)? Yes No

If yes, describe: _____

Where do you usually take your child for routine dental care? _____

Name: _____ Phone Number: _____

To the best of your knowledge, has your child had any of the following?

	Yes	No	If yes, describe:
Prematurity			
Birth defect			
Immunity problems			
Bleeding problems			
Lead poisoning			
Sickle Cell Disease			
Diabetes			
Anaphylaxis			
Seasonal allergies			
Food Allergies			
Behavior/emotional problems like ADHD, depression			
Concussion or traumatic brain injury			
Migraines			
Learning problems/disabilities			
Seizures			
Speech problems			
Ear or hearing problems			
Eye or vision problems			
Dental problems			
Asthma or breathing problems			
Heart problems			
Stomach problems			
Bowel problems			
Bladder problems			
Musculoskeletal problem (including cerebral palsy)			
Limited physical activity			
Other:			

Hospitalization: (please list all) Date(s)	Reason(s)
Surgery: (please list all) Dates(s)	Reason(s)

Parent Signature: _____ Telephone: _____ Date: _____

Parent Address: _____