



REGISTRO PARA PREKINDER

Complete los formularios en este paquete usando Adobe Reader en su computadora o teléfono inteligente. Puedes descargar la aplicación aquí:



¿Necesita ayuda para completar los formularios?

Llame a nuestras oficinas al (585) 262-8140

Horario: lunes a viernes

8:00 a.m. - 4:30 p.m.

Devuelva estos formularios por correo electrónico a prek@rcsdk12.org

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE:

Las familias deben enviar junto con su solicitud, escaneos y/o fotografías de su identificación válida con foto, certificado de nacimiento del niño y prueba de residencia por correo electrónico a prek@rcsdk12.org.

También se solicitan registros de vacunación y el examen físico más reciente del niño. Se requiere presentar ambos, pero no es una obligación para completar el registro.

Rochester City School District
Preschool Registration Form

Programas elegidos:

1: _____
2: _____
3: _____

Por favor refiera a mi hijo a:

ABC Head Start IBERO Head Start VOA Head Start

RCSD Office Use Only
Student ID: _____
Assigned School: _____
Program Start Date: _____
Completed by: _____

Modalidad de Aprendizaje: **Híbrido (lunes / martes)** **Híbrido (jueves / viernes)** **Virtual** **Sin decidir**
Es posible que algunos programas no tengan todas las modalidades de aprendizaje disponibles.
Por favor elija todas las opciones que sean buenas para su familia.

Información del Estudiante

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial 2do. _____
 Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino

Categoría Étnica Federal: Hispano/Latino No Hispano /Latino

Raza Federal (Favor marcar todas las que apliquen): Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático
 Negro o Afroamericano Nativo Hawaiano u otro Isleño Pacifico Blanco

¿Recibe el estudiante servicios de educación especial? Sí No Estoy preocupado
 Para solicitar una evaluación, el padre / encargado debe escribir una carta indicando las preocupaciones.
 Si es afirmativo, liste los servicios: _____
 Intervención temprana Procedente de otro distrito:

	Padre/Encargado	Adulto #2
Nombre		
Relación		
Dirección, Apt#		
Ciudad, Estado, Código postal		
Teléfono- casa		
Teléfono-celular		
Teléfono-trabajo		
Dirección electrónica		
Contacto preferido	Teléfono Email Carta	Teléfono Email Carta
Requiere Intérprete	Sí No	Sí No
Idioma		

Nombre de los Hermanos(as)	Nacimiento	Escuela	¿La Misma Dirección?

Firma del Padre _____
 o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Rochester City School District
Preschool Registration Form

Programas elegidos:

1: _____
2: _____
3: _____

Por favor refiera a mi hijo a:

ABC Head Start IBERO Head Start VOA Head Start

RCSD Office Use Only	
Student ID:	
Assigned School:	
Program Start Date:	
Completed by:	

**Por favor, marque aquí para registrarse en un programa 100% a distancia:
Si la casilla anterior no está marcada, su hijo será registrado en una clase de 5 días/semana, totalmente en persona (si la disponibilidad lo permite).**

Información del Estudiante

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial 2do. _____
Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino

Categoría Étnica Federal: Hispano/Latino No Hispano /Latino

Raza Federal (Favor marcar todas las que apliquen): Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático
Negro o Afroamericano Nativo Hawaiano u otro Isleño Pacifico Blanco

¿Recibe el estudiante servicios de educación especial? Sí No Estoy preocupado
Para solicitar una evaluación, el padre / encargado debe escribir una carta indicando las preocupaciones.
Si es afirmativo, liste los servicios: _____
Intervención temprana Procedente de otro distrito:

	Padre/Encargado			Adulto #2		
Nombre						
Relación						
Dirección, Apt#						
Ciudad, Estado, Código postal						
Teléfono- casa						
Teléfono-celular						
Teléfono-trabajo						
Dirección electrónica						
Contacto preferido	Teléfono	Email	Carta	Teléfono	Email	Carta
Requiere Intérprete	Sí	No		Sí	No	
Idioma						

Nombre de los Hermanos(as)	Nacimiento	Escuela	¿La Misma Dirección?

Firma del Padre _____
o Tutor Legal: _____ Fecha: _____



CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar:	Rochester City School District		
Nombre de la Escuela:	RCSD PreK		
Nombre del Estudiante:			
Género: Masculino Femenino	Fecha de Nacimiento: Grado: PreK	ID del Estudiante:	
Dirección, Apt# Ciudad, Estado, Código postal		Teléfono casa	
		Teléfono celular	
Dirección Previa Ciudad, Estado, Código postal			

Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.

¿Dónde está el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque <u>una</u> caja.)	
<input type="checkbox"/>	En un Refugio
<input type="checkbox"/>	Con familiares o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
<input type="checkbox"/>	En un Hotel/Motel
<input type="checkbox"/>	En un Carro, Parque, Autobús, Tren, o Camping
<input type="checkbox"/>	En Cuidadores Adoptivos.
<input type="checkbox"/>	Otra Vivienda Temporal (Por favor describa):
<input type="checkbox"/>	En un Hogar Permanente
<input type="checkbox"/>	Jóvenes no Acompañados

Nombre de Padre/Guardián

Firma

Fecha

Envío electrónico. Por favor de llamar al 585-262-8140 si necesitas ayuda.

Si CUALQUIER caja que no sea "En un hogar permanente" está marcada, **no se requieren prueba de domicilio** u otros documentos normalmente requeridos para inscripción **y el estudiante debe ser matriculado inmediatamente**. Después de que el estudiante sea matriculado, el distrito o la escuela debe pedir los documentos escolares, incluyendo los documentos de inmunización, al distrito o la escuela anterior. El enlace del distrito debe ayudar al estudiante conseguir cualquier otro documento necesario o inmunización.

Emergency Contact/Student Release Form

Información del Estudiante

ID del Estudiante: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial 2do. Nombre: _____

Fecha de Nac.: _____ Masculino Femenino

En caso de una emergencia, cuando el responsable principal del niño no pueda ser localizado, los siguientes adultos (mayores de 18 años) pueden ser contactados para cuidado y transporte:

Nombre (como aparece en la ID):	Parentesco con el niño:
Teléfono(s):	Dirección electronica:

Nombre (como aparece en la ID):	Parentesco con el niño:
Teléfono(s):	Dirección electronica:

Nombre (como aparece en la ID):	Parentesco con el niño:
Teléfono(s):	Dirección electronica:

Nombre (como aparece en la ID):	Parentesco con el niño:
Teléfono(s):	Dirección electronica:

Si alguna de las personas anteriormente mencionadas debe ser contactada ANTES que el responsable principal del niño, favor indicar con un asterisco (*).

Dirección para correspondencia (opcional)

Si tiene una dirección postal diferente a la de su domicilio o si preferiría que otra persona recibiera la correspondencia de su niño, favor completar el siguiente cuadro.

Nombre	
Parentesco	
Dirección, Apt#	
Ciudad, Estado, Código postal	
Idioma*	

*Si la persona requiere que se traduzcan las comunicaciones, indique el idioma preferido

Firma del Padre
o Tutor Legal: _____ Fecha: _____



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK
Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes
para alumnos de preescolarⁱ

[ENY Departamento de Educación Sitio Web](#)

*Estimado padre, madre o tutor:
 Gracias por completar el Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes. Esta encuesta aportará a su escuela nueva información valiosa sobre la experiencia de su hijo con los idiomas. La información reunida servirá para que los educadores de preescolar puedan brindar un nivel de instrucción relevante desde el punto de vista lingüístico y académico, que afiance el idioma y la alfabetización de todos los alumnos.*

Información del Estudiante		
Fecha en que se completó el perfil:		
Nombre del estudiante:		
Sexo:	Masculino	Femenino
Fecha de nacimiento:		
Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad: RCSD		
Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):		
Envío electrónico. Por favor de llamar al 585-262-8140 si necesitas ayuda.		

Información del padre, la madre o la persona que desempeña un rol parental

Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:
 Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil:
 ¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela?
 Español Inglés Otro idioma

Idioma que se habla en el hogar

1. ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?
 Español Inglés Otro idioma

2. ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente?
 (Enumere todos los que correspondan.)
 Español Inglés Otro idioma

3. ¿Hay un cuidador en el hogar? Sí No
 En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?
 Español Inglés Otro idioma

4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?
 Español Inglés Otro idioma

5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?
 Español Inglés Otro idioma

6. ¿Su hijo tiene hermanos? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?

Español Inglés Otro idioma

7a. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones cortas?

¿En qué idioma? Español Inglés Otro idioma

7b. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones completas?

¿En qué idioma? Español Inglés Otro idioma

8. ¿Qué idioma utiliza su hijo en los juegos de simulación?

Español Inglés Otro idioma

9. ¿Cómo ha aprendido inglés su hijo hasta este momento (programas de televisión, hermanos, personas a cargo del cuidado, etc.)?

Idioma fuera del hogar/de la familia

10. ¿Su hijo ha asistido a algún programa de guardería, Head Start o de cuidado infantil? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma se hablaba en el programa?

Español Inglés Otro idioma

¿En qué idiomas interactúa su hijo con otras personas en el entorno de guardería o cuidado infantil?

Español Inglés Otro idioma

11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que hace su hijo con los amigos?

Objetivos de idioma

12. ¿Cuáles son sus objetivos de idioma para su hijo? Por ejemplo, ¿quiere que su hijo aprenda a hablar bien más de un idioma?

13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe?

Sí No

14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma?

Alfabetización emergente

15. ¿Su hijo tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca? Sí No
 ¿En qué idioma le leen estos libros?

16a. ¿Su hijo puede decir algunas letras o sonidos en inglés? Sí No
 16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma? Sí No
 En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17a. ¿Su hijo simula leer? Sí No No está seguro
 En caso afirmativo, ¿en qué idioma? Español Inglés Otro idioma
 17b. ¿Su hijo simula escribir? Sí No No está seguro
 En caso afirmativo, ¿en qué idioma? Español Inglés Otro idioma

18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos? Sí No
 En caso afirmativo, ¿en qué idioma? Español Inglés Otro idioma

19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje?
 Sí No
 De ser así, ¿qué objetivos describe?

20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

ⁱ Para más información, comuníquese con la Oficina de Educación Infantil del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-5807, o por correo electrónico a OEL@nysed.gov, o la Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-8775 o (718) 722-2445, o por correo electrónico a OBEWL@nysed.gov.

Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester

Información sobre Servicios de Salud del Estudiante

*Padres o Encargados, favor llenar como parte del paquete de registro de su hijo(a).
La siguiente información es necesaria para completar el Registro de Salud de su hijo(a).*

Nombre legal del estudiante	Fecha de nacimiento	PreK Grado/HR	M	F
			Sexo	

Nombre del médico	Número de teléfono
-------------------	--------------------

¿Tiene su hijo(a) seguro médico?: Sí No

Aseguradora: _____

¿Usa gafas su hijo?: Sí No

¿Tiene su hijo algún problema de audición?: Sí No

En caso afirmativo explicar: _____

PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES O ENCARGADOS

Mi hijo(a) tiene una de las siguientes condiciones que ponen en peligro la vida y va a necesitar un plan de atención de emergencia completado por la enfermera de la escuela y por mí con la orientación escrita de nuestro médico privado. Entiendo que es mi responsabilidad entregar a la enfermera de la escuela las órdenes del médico y cualquier medicamento recetado para salvar vidas. Entiendo que si mi hijo(a) necesita llevar medicamentos que salvan vidas, yo debo recibir aprobación administrativa previa y debo suministrar una segunda dosis a la oficina de salud de la escuela en caso de que mi hijo(a) extravíe el medicamento para salvar vidas.

Favor Especificar:

Alergia que puede ser mortal	Comida	Insecto	Medicina
Asma			
Diabetes			
Convulsiones			
Graves problemas para tragar/ asfixia			
Enfermedad cardíaca significativa			
Otro			



ROCHESTER CITY SCHOOL DISTRICT
 School Health Services
 131 West Broad Street
 Rochester, New York 14614

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIPAA)

Nombre del Estudiante	Fecha de Nae:
Proveedor de Cuidado de Salud:	Teléfono
Dirección:	Fax:
Proveedor de Cuidado de Salud:	Teléfono
Dirección:	Fax:

<input checked="" type="checkbox"/>	Clínicas del Departamento de Salud del Condado de Monroe					
<input checked="" type="checkbox"/>	Prueba de plomo	<input checked="" type="checkbox"/>	Clínica de TB	<input checked="" type="checkbox"/>	Clínica de inmunización	Otro:

Por este medio autorizo a mi médico(s)/al médico de mi hijo(a) anotado(s) arriba a intercambiar la siguiente información con el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, incluyendo:

Todo

O especifique:

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| Enfermera Escolar | | Inmunizaciones para cumplir con las regulaciones del ENY |
| Oficial médico | | Exámenes físicos para cumplir con las regulaciones y requisitos deportivos del ENY |
| Terapeuta Físico | | Autorización para medicaciones durante el día escolar o durante excursiones escolares |
| Terapeuta Ocupacional | | Autorizaciones médicas según se necesiten después de una lesión o cambio en una condición |
| Terapeuta del Habla | | Órdenes médicas requeridas para necesidades de terapia, evaluaciones |
| Audiólogo | | Referido médico para servicios (OT, PT) |
| Departamento de la vista | | Planes de condición/tratamiento médico que pueda tener un impacto en la atmósfera escolar |
| Educación Especial | <input checked="" type="checkbox"/> | Pruebas de laboratorio incluyendo niveles de plomo que puedan tener impacto en la escuela |
| Otro: | | |

Esta información será usada para proveer una atmósfera segura y saludable y para desarrollar un programa apropiado para este estudiante en la escuela. La matrícula no depende de firmar esta autorización, sin embargo, para poder planificar el programa más apropiado para este estudiante, se pudiera requerir de esta información. Las vacunas específicas par regulaciones del ENY SON requeridas para matricularse. Los resultados positivos sobre la prueba de plomo son compartidos entre las servicios de salud y el equipo de educación necesitan saberlo para desarrollar una programación adecuada para abordar cualquier problema asociado con altos niveles de plomo.

Esta autorización expira el último día de la matrícula del estudiante mencionado arriba en el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, y puede ser revocada en cualquier momento enviando una petición escrita y firmada para cancelar este permiso a la dirección mencionada arriba. Dicha revocación no afectará ninguna revelación hecha antes de que esto sea recibido par el Distrito. La información de salud protegida no será revelada sin el consentimiento del Acta de Derechos y Privacidad Educativa de la Familia (20 U.S.C. § 1232g) e implementando las regulaciones (34.C.R.F. § 99). **Se me ha provisto con una copia de esta autorización. Entiendo que esta será enviada a los proveedores apropiados cuando se haga una petición, y estoy de acuerdo en que los proveedores anotados arriba revelen la información al Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester.**

 (Firma del estudiante mayor de 18 o parlas Padres/Encargados)** (Fecha)

**Si el estudiante es menor de 18 años de edad, las padres o encargados tienen que firmar el formulario de consentimiento. Si otro representante es el que está firmando, indique la autoridad que tiene para firmar en nombre del estudiante:

**Si el estudiante es mayor de 18 años de edad y es un estudiante con una discapacidad según está definida por el Acta de Educación para Individuos con Discapacidades y la información solicitada tiene que ver con ello, entonces las padres/encargados también tiene que firmar el formulario de consentimiento.

**Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester
Oficina de Programación Preescolar
Oficina de Equidad y Ubicación de Estudiantes
131 W. Broad St. -Rochester, NY 14614**

**Formulario de Inscripción para Pre-Kindergarten
Política de Padres de Preferencia y Elección**

La Política de la Junta Escolar # 5153 del Distrito de la Ciudad de Rochester (RCSD), Preferencia de Padres y Elección estableció tres zonas de asistencia distintas y permite que los estudiantes se apliquen solamente a las escuelas (elementales) dentro de su zona y a una escuela de toda la ciudad. Para asegurar un acceso equitativo a las escuelas de alta demanda, se utiliza una fórmula para asignar los estudiantes a las escuelas. El objetivo primario de la Política de Preferencia de Padres y Elección administrada es establecer y mantener un sistema equitativo para asignar a los estudiantes a la escuela, proporcionando un espacio en las escuelas "del vecindario" para los estudiantes que viven en una zona designada, mientras se le da una oportunidad de inscribirse en una escuela fuera de la zona y minimizar la movilidad de los estudiantes. Esto también ayuda a apoyar el mejoramiento general de la escuela. Las zonas están determinadas por la dirección del estudiante.

Declaración del Padre /Encargado

Yo, el padre/tutor de _____, reconozco que mi hijo puede ser asignado a un programa de pre-kindergarten que no está en mi zona. Entiendo que, de acuerdo con la Política # 5153 de la Junta Escolar, cuando mi hijo asista al kindergarten, tendré que participar en el proceso de selección de escuela para solicitar la ubicación de mi hijo en una escuela dentro de mi zona de residencia o en una escuela de toda la ciudad mediante el proceso de lotería.

Nombre del Padre/Tutor (letra de molde): _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Estudiante: _____

Fecha: _____

Para ser completado por el especialista en selección de pre-kindergarten

Parent/Guardian Name: _____ Student Name: _____

Student ID: _____ Date: _____

Address: _____ School Zone: _____

Prekindergarten School/Location Assignment: _____

School Assignment Specialist's Name/Signature: _____



FORMULARIO DE NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE PARA EL AÑO ESCOLAR 2020-21 SOLAMENTE

A los Padres, Tutores y Estudiantes de 18 años o más:

Cierta información del estudiante, incluyendo imágenes de su hijo, pueden ser compartidas sin su consentimiento. Si le preocupa proteger la privacidad de su estudiante en el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, por favor lea esta carta cuidadosamente. **Usted debe completar un nuevo formulario para el año escolar 2020-2021.**

Los reclutadores del ejército de los E.U., colegios y agencias externas que trabajan con nuestras escuelas pueden solicitar información del directorio de estudiantes. La información que el Distrito puede compartir con estos grupos incluye el nombre del estudiante, dirección, número de teléfono, fecha y lugar de nacimiento; área especializada de estudios; altura y peso de los integrantes de equipos deportivos; fechas de asistencia escolar; diplomas y premios recibidos; fotografías; y el nombre de la escuela a la cual asistió el estudiante anteriormente.

La ley permite a los padres y encargados, o a estudiantes de secundaria mayores de 18 años, negarse a revelar esta información. **Si usted no desea que se comparta esta información con alguna o todas las organizaciones a continuación, por favor marque las casillas correspondientes y firme el formulario al finalizar.**

Usted debe marcar “no” en la casilla correspondiente y devolver el formulario firmado a la oficina principal de su hijo a más tardar el 25 de septiembre de 2020, si no desea que la información sea divulgada. Si no hay documentación en los archivos, asumiremos que usted está otorgando permiso para divulgar la información del directorio y/o fotografías o imágenes de video.

Favor completar un formulario para cada hijo por separado

Nombre del Estudiante _____

Escuela _____

Dirección Residencial _____

Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____ ID# del Estudiante _____

NO DIVULGAR INFORMACION DEL DIRECTORIO A: (marque todas las que aplican)

GRADOS PRE-K-12: Agencias Externas Universidades Reclutadores del Ejército

NO DIVULGAR FOTOS O VIDEOS DE MI HIJO(A):

En ocasiones, se pueden tomar fotografías o videos de los estudiantes para su uso en publicaciones del Distrito, comunicaciones digitales, incluyendo sitios web y redes sociales, y para uso de los medios informativos. Esto puede incluir historias publicadas o difundidas por los medios de comunicación o en las comunicaciones del Distrito para su distribución a los empleados y al público. No se requieren formularios separados de divulgación de fotos. Debe marcar la casilla de abajo para evitar que se compartan fotos y videos

GRADOS PRE-K-12: No autorizo divulgar fotografías o imágenes de video

Al completar, firmar y entregar este formulario a la escuela del estudiante aquí nombrado, le estoy indicando al Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester mis deseos en relación con la divulgación de la información del directorio y fotografías o imágenes de video.

(IMPRESA) Nombre del Padre o Encargado*

(FIRMA) del Padre o Encargado

Fecha

*Los estudiantes que tienen 18 años de edad pueden firmar su propio formulario.

Certificado de Salud Dental (Opcional)

Padre/Encargado: La ley del estado de Nueva York (Capítulo 281) permite que las escuelas soliciten un examen de salud dental en los siguientes grados: Entrada a la escuela, Kinder, 2°, 4°, 7°, y 10°. Puede que su niño(a) deba presentarse a un chequeo dental durante este año escolar para evaluar la aptitud de él/ella para asistir a la escuela. Por favor complete la Sección 1 y lleve el formato a su odontólogo para el examen. Si su niño(a) tuvo un chequeo dental antes que él/ella iniciaran la escuela, solicite a su odontólogo que complete la Sección 2. Devuelva el formulario completo al director de salud médica o enfermera(o) de la escuela lo más pronto posible.

Sección 1. Para ser completado por el Padre o el Encargado (Por favor use letra de molde)

Nombre del niño/niña:		Fecha de nacimiento:	
Sexo: Masculine	Femenino	¿Será esta la primera visita al odontólogo de su niño/niña?	Si No
Escuela: Rochester City School District PreK Program		Grado: PreK	

¿Has notado algún problema en la boca que interfiere con la capacidad de su niño(a) para masticar, hablar, o concentrarse en actividades de la escuela? Si No

Yo entiendo que al firmar este formulario estoy dando mi consentimiento para que el niño(a) anteriormente mencionado reciba un examen básico de salud oral. Yo entiendo que este examen es solo un medio limitado de valoración para evaluar la salud dental del estudiante, y yo necesitaría solicitar los servicios de un odontólogo para que mi hijo(a) reciba un examen dental completo con rayos x si se requiere para mantener una buena salud dental.

También entiendo que al recibir esta valoración preliminar de salud oral no establece ninguna relación continua o permanente entre el paciente y el doctor. Además, yo no responsabilizo al odontólogo ni a aquellos que realizan este examen por las consecuencias o resultados si yo decido NO seguir las recomendaciones que se enumeran más abajo.

Firma del Padre:

Fecha:

Sección 2. Para ser completado por el Odontólogo

I. El estado de salud dental de _____ el _____ (fecha del examen).
La fecha del examen debe ser dentro de los 12 meses del inicio del año escolar en el que sea solicitado.

Marque uno:

- Si. El estudiante arriba mencionado tiene un estado de salud dental apto para permitirle a él/ella asistir a las escuelas públicas.
 No. el estudiante arriba mencionado no tiene un estado de salud dental apto para permitirle a él/ella asistir a las escuelas públicas.

NOTA: No estar en un estado apto de salud dental significa que existe una condición que interfiere con la capacidad del estudiante para masticar, hablar o concentrarse en las actividades de la escuela incluyendo dolor, inflamación, o infección relacionada con evidencia clínica de caries abiertas. La designación de no estar en un estado apto de salud dental para permitirle asistir a la escuela pública no impide que el estudiante asista a la escuela.

Nombre y dirección del odontólogo (Favor escribir o sellar)

Firma del Odontólogo

Opcional: Si está de acuerdo en entregar esta información a la escuela de su hijo(a), favor escribir sus iniciales aquí.

II: Condición de Salud Oral (Marque todas las que correspondan).

- Experiencia de Caries/Historia de Restauración** - ¿Ha tenido caries alguna vez el niño(a) (tratada o no tratada)? [Un empaste (temporal/permanente) o un diente que falta porque fue extraído como resultado de caries o una cavidad abierta].
- Caries no tratadas** - ¿Tiene el niño(a) una cavidad abierta? [Al menos ½ mm de pérdida de la estructura del diente sobre la superficie del esmalte. Coloración marrón a marrón oscuro de las paredes de la lesión. Estos criterios aplican a orificios y lesiones de cavidades con fisuras, así como aquellos con superficies dentales lisas. Si se conserva la raíz, deduzca que el diente entero fue destruido por la caries. Dientes partidos o astillados, más dientes con empastes temporales, se consideran en buen estado a menos que haya una lesión de cavidades].

Tiene Selladores Dentales

Otros problemas (Especifique): _____

III. Necesidades de Tratamiento (Marque todas las que correspondan)

- No hay un problema evidente. Se recomienda cuidado de los dientes rutinarios. Visitar al odontólogo regularmente.
 Puede necesitar atención odontológica. Favor programe una cita para un examen tan pronto sea posible.
 Requiere atención odontológica inmediata. Favor programar una cita inmediatamente con su odontólogo para prevenir problemas.



Autorización de participación y divulgación de información

El proyecto de detección *Get Ready to GROW* ofrece pruebas de detección en la primera infancia para la visión, audición, odontología, lenguaje, social, emocional, crecimiento físico y otras áreas del desarrollo.

Doy permiso a Rochester Hearing & Speech Center (RHSC), The Association for the Blind and Visually Impaired (ABVI), Children's Institute, Rochester City School District (RCSD), personal y estudiantes de Nazareth College, St. John Fisher College, Monroe Community College, Parents As Teachers - Hillside (PAT), Intervención Temprana del Condado de Monroe, y el personal del centro o de atención domiciliaria de mi hijo y el personal del lugar afiliado, incluidos los voluntarios, para llevar a cabo directamente o por tele-salud evaluaciones de la audición, visión, lenguaje, habla, motricidad, cognición, estatura y peso (BMI), factores sociales y emocionales, dentales, de protección, eventos adversos de la vida y determinantes sociales de la salud y la educación, de mi hijo y mi familia y brinden recomendaciones y estrategias que apoyen a mi hijo y a nuestra familia.

Divulgar los resultados de las pruebas de detección a los profesionales de la salud: Autorizo a ABVI, RHSC, Children's Institute, RCSD, PAT y/o mi proveedor de cuidado infantil a divulgar los resultados de las pruebas de detección de mi hijo al médico, dentista, compañía de seguros, Intervención Temprana del Condado de Monroe y otros profesionales que he designado a continuación.

Divulgar los resultados de las pruebas de detección para realizar un seguimiento del progreso de mi hijo: Autorizo a RHSC, ABVI, RCSD, Nazareth College, St. John Fisher College School of Nursing, PAT, el médico de mi hijo, el dentista de mi hijo y el personal del centro o de atención domiciliaria de mi hijo a divulgar los resultados de las evaluaciones de mi hijo al Children's Institute y COMET Informatics, un sistema basado en la web que facilita el seguimiento del progreso de mi hijo, referidos y la atención de seguimiento.

Divulgar los resultados no identificados a los financiadores del proyecto: Los informes se pueden compartir con los financiadores de subvenciones de este proyecto, incluidos, entre otros: la Fundación Comunitaria del Área de Rochester, la Fundación de Salud de Greater Rochester, United Way de Greater Rochester, Ciudad de Rochester, Finger Lakes Performing Provider System (FLPPS) y ROC the Future y **no** incluirá información de identificación de niños o familias. Solo se compartirán datos agregados o grupales.

Cuando corresponda, el director o el maestro del aula del proveedor de cuidado infantil de mi hijo se reunirá conmigo para discutir el progreso de mi hijo, hacer recomendaciones y brindar información sobre los programas y recursos disponibles en la comunidad. Entiendo que la información obtenida de este proceso de evaluación es un paso inicial para satisfacer las necesidades de mi hijo y no reemplaza un examen profesional.

Cuando sea necesario, entiendo que es mi responsabilidad buscar un examen profesional y servicios de seguimiento en caso de que mi hijo necesite más servicios. Entiendo que puedo pedir ayuda al personal de GROW. No responsabilizaré a ninguna de las agencias mencionadas por errores de omisión.

Entiendo que firmar esta autorización y participar en el proyecto de evaluación GROW es voluntaria. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que la revoque. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento comunicando mi solicitud por escrito al Children's Institute; consulte la información de contacto a continuación.

Nombre del niño:		Fecha de nac. del niño:				
Padre o tutor:		Email:				
Dirección, ciudad, pueblo, código postal:						
Teléfono (casa):			Teléfono (celular):			
Mejor manera para contactar (marque uno o más):		Teléfono	Texto	Email		
Mejor día(s) para contactar:		L	M	M	J	V
Mejor hora(s):		A.M. 8-12		P.M. 12-5		P.M. 5-8
Nombre médico primario:			Teléfono del médico:			
Nombre del dentista:			Teléfono del dentista:			
Seguro:			Medicaid: Sí			
Otros profesionales a quienes divulgar información de evaluaciones (nombre e información de contacto):						
Firma de padre o tutor:				Fecha:		
Le proporcionaremos acceso a los resultados de las pruebas de detección de su hijo en línea mediante el portal para padres de GROW, a menos que nos indique lo contrario. Toda la información será confidencial y solo usted podrá acceder a ella.						
No me proporcione los resultados de la evaluación en línea. (Ponga una "X" aquí solo si no desea acceder a la información de detección de su hijo)						