



# REGISTRO PARA PREKINDER

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



Devuelva estos formularios por correo electrónico a [prek@rcsdk12.org](mailto:prek@rcsdk12.org)

¿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.

## **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](mailto: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.

Algunos formularios deberán firmarse en persona en la oficina de ubicación de prekinder. Los padres y / o tutores serán contactados por el personal de prekinder para una cita de seguimiento.



Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester  
Formulario de Registro para Preescolar: información del Estudiante

Student ID#: \_\_\_\_\_

Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**¿Necesita / recibe el estudiante servicios de educación especial? Si  No**

**Lista de servicio (s)**

Intervención rápida  Transferencia de otro distrito  Estoy preocupado y enviaré una carta para solicitar una evaluación

Categoría étnica federal:  Hispano o latino  No hispano o latino

Carrera federal:  Indio Americano o Nativo de Alaska  Negro o Afroamericano  Blanco  
 Nativo de Hawai / u otras islas del Pacífico  Asiático

**Información para adultos**

	Padre / Encargado Legal	Adulto #2
Nombre		
Relación		
Dirección física		
Dirección		
Teléfono de casa		
Teléfono del trabajo		
Celular		
Correo electrónico		
Idioma*		

\* Si necesita un traductor, indique su idioma preferido

**Información de hermanos**

Name of sister(s) or brother(s)	Birthdate	School	Same Address?

Firma del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Elecciones Escolares:

1: \_\_\_\_\_  
2: \_\_\_\_\_  
3: \_\_\_\_\_

Puede enviar esta solicitud sin elegir ninguna escuela. Por favor llame al 262-8140 para hablar sobre las opciones escolares con el personal de ubicación preescolar o envíe un correo electrónico a prek@rcsdk12.org.

Las opciones deben recibirse antes del 30 de abril para ingresar a la lotería. Las ubicaciones posteriores a esa fecha se harán por orden de llegada.

Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester  
Información de Emergencia / Formulario de Autorización del Estudiante

Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**En caso de emergencia, cuando no se puede contactar al encargado principal del niño, se puede contactar a los siguientes adultos (mayores de 18 años) para recibir atención y transporte:**

Nombre (como aparece en el ID)	Relación con el niño	Teléfono (s)

**Si alguna de las personas antes mencionadas debe ser contactada ANTES que el encargado principal del niño, indique con un asterisco (\*).**

Dirección de correo (Opcional)

Si tiene una dirección postal diferente a la de su domicilio o si desea que otra persona reciba correos para su hijo, complete el cuadro a continuación.

Nombre	
Relación	
Dirección	
Dirección	
Idioma	

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



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK  
Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes  
para alumnos de preescolar<sup>i</sup>

*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.*

ESTA SECCIÓN SOLO SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR O A CARGO DE LA INSCRIPCIÓN Y SE ARCHIVARÁ
Fecha en que se completó el perfil:
Nombre del estudiante:
Sexo:
Fecha de nacimiento:
Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad:
Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):
Nombre de la persona que administra el perfil:
Puesto:

**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:  Madre  Padre  Otro

¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela?  Inglés  Otro idioma que se habla en el hogar:

**Idioma que se habla en el hogar**

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

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

3. ¿Hay un cuidador en el hogar?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?

4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?

5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?

6. ¿Su hijo tiene hermanos?  Sí  No

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

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

¿En qué idioma?

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

¿En qué idioma?

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

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?

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

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?

¿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?

17b. ¿Su hijo simula escribir?  Sí  No  No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué 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.

---

<sup>i</sup> 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](mailto: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](mailto:OBEWL@nysed.gov).

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE ROCHESTER  
Información sobre Servicios de Salud del Estudiante

PARA SER COMPLETADO POR PADRE O ENCARGADO

Mi hijo tiene una de las siguientes afecciones potencialmente mortales y necesitará un plan de atención de emergencia completado por la enfermera de la escuela y por mí mismo con la guía escrita de nuestro médico privado. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar órdenes a los médicos y cualquier medicamento recetado para salvar vidas a la enfermera de la escuela. Entiendo que si mi hijo necesita llevar medicamentos que salvan vidas, debo recibir aprobación administrativa previa y debo proporcionar una segunda dosis en la oficina de salud de la escuela en caso de que mi hijo extravíe el medicamento que salva vidas.

Nombre legal del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Pre kinder \_\_\_\_\_ Male  Female   
Grado/HR \_\_\_\_\_ Sexo

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

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

Aseguradora: \_\_\_\_\_

¿Usa gafas su hijo?: Si  No

¿Tiene su hijo algún problema de audición?: Si  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 o asfixia \_\_\_\_\_

Enfermedad cardíaca significativa \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_



**DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE ROCHESTER**  
**AUTORIZACION PARA EL USO O REVELACION DE INFORMACION DE SALUD (HIPAA)**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nae: \_\_\_\_\_

Proveedor de Cuidado de Salud: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Proveedor de Cuidado de Salud: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Clínicas del Departamento de Salud del Condado de Monroe:

Prueba de plomo  Clínica de TB  Clínica de inmunización  Otro \_\_\_\_\_

Par este media autorizo a mi medico(s)/al medico 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

Oficial medico

Terapeuta Ffsico

Terapeuta Ocupacional

Terapeuta del Habla

Audiólogo

Departamento de la vista

Educación Especial

Otro \_\_\_\_\_

Inmunizaciones para cumplir con las regulaciones del ENY

Exámenes ffsicos para cumplir con las regulaciones y requisitos deportivos del ENY

Autorización para medicaciones durante el dfa escolar o durante excursiones escolares

Autorizaciones medicas segun se necesiten despues de una lesion o cambio en una condición

Órdenes medicas requeridas para necesidades de terapia, evaluaciones

Referido medico para servicios (OT, PT)

Planes de condición/tratamiento medico que pueda tener un impacto en la atmósfera escolar

Otro \_\_\_\_\_

Esta información sera usada para proveer una atmósfera segura y saludable y para desarrollar un programa apropiado para este estudiante en la escuela. La matr cul a no depende de firmar esta autorización, sin embargo, para poder planificar el programa mas apropiado para este estudiante, se pudiera requerir de esta información. Las vacunas especificas par regulaciones del ENY SON requeridas para matricularse. Los resultados positivos sabre 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 ultimo dfa de la matrfula del estudiante mencionado arriba en el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, y puede ser revocada en cualquier momenta enviando una petición escrita y firmada para cancelar este permiso a la dirección mencionada arriba. Dicha revocación no afectara ninguna revelación hecha antes de que esto sea recibido par el Distrito. La información de salud protegida no sera 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 sera 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 par las Padres/Encargados)\*\*

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\*\*Si el estudiante es menor de 18 afios de edad, las padres o encargados tienen que firmar el formulario de consentimiento. Si otro representante es el que esta firmando, indique la autoridad que tiene para firmar en nombre del estudiante: \_\_\_\_\_. \*\*Si el estudiante es mayor de 18 afios de edad y es un estudiante con una discapacidad segun esta definida par el Acta de Educación para Individuos con Discapacidades y la información solicitada tiene que ver con ello, entonces las padres/encargados tambien tiene que firmar el formulario de consentimiento.

**Devuelva el formulario completado a la ENFERMERA en la escuela a la gue asiste este niio.**

Rochester City School District  
Office of Prekindergarten Programming  
Office of Student Equity and Placement  
131 W. Broad St. – Rochester, NY 14614

FORMULARIO DE REGISTRO DE PREKINDER  
PREFERENCIA DE LOS PADRES / POLÍTICA DE ELECCIÓN ADMINISTRADA

La Política # 5153 de la Junta del Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester (RCSD) estableció tres zonas para las distintas escuelas y permite a los estudiantes postularse solo a esas escuelas (primarias) dentro de su zona y a una escuela para toda la ciudad. Para garantizar el acceso equitativo a las escuelas con alta demanda, se utiliza un algoritmo de asignación de estudiantes para asignar estudiantes a las escuelas. Una meta principal de la Política de Preferencia de Padres / Elección Administrada es establecer y mantener un sistema equitativo para asignar estudiantes a la (s) escuela (s), proporcionando un espacio en las escuelas “hogareñas” para los estudiantes que viven en una zona designada, al tiempo que permite que los estudiantes fuera de la zona, una oportunidad para inscribirse en la escuela y minimizar la movilidad de los estudiantes, con la intención de apoyar la mejora general de la escuela. Las zonas se determinan por la dirección particular del estudiante.

Confirmación del padre / encargado

Yo, el padre / encargado de \_\_\_\_\_, reconozco que mi hijo puede ser asignado a un sitio / ubicación de prekinder que no está en mi zona. Entiendo que, de acuerdo con la Política # 5153 de la Junta, cuando mi hijo pase a prekinder, necesitaré participar en el proceso para elegir la escuela para solicitar la ubicación de mi hijo en una escuela dentro de mi zona de origen, o en una escuela de toda la ciudad a través del proceso de lotería para la elección de escuelas.

Nombre del padre / encargado (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del padre / encargado: \_\_\_\_\_

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

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

Para ser completado por el especialista en elección de escuela prekinder

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 2019-20 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 2019-2020.**

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 20 de septiembre de 2019, 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.***

\_\_\_\_\_  
(IMPRENTA) Nombre del Padre o Encargado\*

\_\_\_\_\_  
(FIRMA) del Padre o Encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

## Autorización para participación y divulgación de información

**El proyecto de exámenes para niños de tres años GROW Rochester ofrece exámenes para la primera infancia, que incluye valoración de audición, visión y odontología.**

Doy permiso a Rochester Hearing & Speech Center (RHSC), The Association for the Blind and Visually Impaired (ABVI), Children's Institute, el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester (RCSD) y al personal del centro o cuidado en el hogar de mi hijo y personal de evaluación afiliado al sitio, incluidos voluntarios, para realizar exámenes de audición, visión, lenguaje, habla, motriz, cognitivos, sociales y emocionales y dentales de mi hijo y dar recomendaciones y estrategias que apoyarán a mi hijo.

**Publicar los resultados de los exámenes de detección a los profesionales de la salud:** autorizo a ABVI, RHSC, Children's Institute, el Distrito, y / o mi proveedor de cuidado infantil para divulgar los resultados de los exámenes de detección de mi hijo al pediatra, dentista y / u otros profesionales de atención médica de mi hijo que yo haya designado a continuación, según corresponda.

**Publicar los resultados de exámenes para seguimiento del progreso de mi hijo:** autorizo a Rochester Hearing & Speech Center (RHSC), The Association for the Blind and Visually Impaired (ABVI), Children's Institute, Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester (RCSD) y el personal del centro o atención domiciliaria y personal de evaluación afiliado al sitio para divulgar los resultados de los exámenes de mi hijo al Sistema de información COMET, un sistema basado en la web que facilita el seguimiento del progreso, referidos y cuidado posterior de mi hijo. Los informes que no incluirán la información de identificación de los niños se compartirán con los patrocinadores de este proyecto, incluidos, entre otros: Rochester Area Community Foundation, Greater Rochester Health Foundation, United Way of Greater Rochester, Ciudad de Rochester y socios de ROC the Future.

Cuando corresponda, el director o maestro de clase del proveedor de cuidado infantil de mi hijo se reunirá conmigo para discutir el progreso de mi hijo, hacer recomendaciones y proporcionar 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 a un examen profesional.

Entiendo que es mi responsabilidad buscar un examen exhaustivo, cuando sea necesario, y servicios de seguimiento si mi hijo es remitido. No responsabilizaré a ninguna de las agencias anteriores por errores de omisión.

Entiendo que firmar esta autorización y participación en el proyecto de exámenes para niños de tres años GROW Rochester es voluntario. Esta autorización permanecerá vigente mientras el niño sea un participante del programa. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento comunicando mi solicitud por escrito.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Padre o Encargado: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del padre o encargado: \_\_\_\_\_ El mejor tiempo para contactarle: \_\_\_\_\_

E-mail del padre o encargado: \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono pediatra: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono de dentista: \_\_\_\_\_

Firma del padre o encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes Día Año

# Certificado de salud dental: opcional

Padre / Encargado: La ley del estado de Nueva York (Capítulo 281) permite a las escuelas solicitar un examen dental en los siguientes grados: ingreso a la escuela, K, 2, 4, 7 y 10. Su hijo puede tener un chequeo dental durante este año escolar para evaluar su estado físico para asistir a la escuela. Complete la Sección 1 y lleve el formulario a su dentista para una evaluación. Si su hijo tuvo un chequeo dental antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Devuelva el formulario completo al director médico o la enfermera de la escuela lo antes posible.

## Sección 1. Para ser completado por el padre o encargado (favor usar letra de imprenta)

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino ¿Será esta la primera visita de su hijo a un dentista?  Yes  No  
Mes Día Año

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

¿Ha notado algún problema en la boca que interfiera con la capacidad de su hijo para masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares?  
 Sí  No

Entiendo que, al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el niño mencionado anteriormente reciba una evaluación básica de salud bucal. Entiendo que esta valoración es solo un medio limitado de prueba para evaluar la salud dental del estudiante, y necesitaría asegurar los servicios de un dentista para que mi hijo reciba un examen dental completo con radiografías si es necesario para mantener una buena oralidad. salud.

También entiendo que recibir esta evaluación preliminar de salud oral no establece ninguna relación médico-paciente nueva, en curso o continua. Además, no responsabilizaré al dentista ni a quienes realicen este examen por las consecuencias o los resultados si elijo NO seguir las recomendaciones que se enumeran a continuación.

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

## Sección 2. A completar por el dentista

I. La condición de Salud Dental de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ (fecha de examen) La fecha del examen debe ser dentro de los 12 meses posteriores al inicio del año escolar en el que se solicita.  
Marque una:

- Sí, el estudiante mencionado anteriormente está en condiciones de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.  
 No, El estudiante mencionado anteriormente no está en condiciones de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

NOTA: No estar en condición de salud dental significa que existe una condición que interfiere con la capacidad del estudiante de masticar, hablar o concentrarse en actividades escolares, incluyendo dolor, hinchazón o infección relacionada con la evidencia clínica de caries abiertas. La designación de una condición de salud dental que no está en forma para permitir la asistencia a la escuela pública no impide que el estudiante asista a la escuela.

Nombre y dirección del dentista (en letra de imprenta o sello)

Firma del Dentista

Secciones opcionales: si acepta divulgar esta información a la escuela de su hijo, favor escribir iniciales aquí. \_\_\_\_\_

II. Estado de salud oral (marque todo lo que corresponda).

- Sí  No Experiencia de caries / historial de restauración: ¿Alguna vez el niño tuvo una caries (tratada o no)? [Un relleno (temporal / permanente) O un diente que falta porque se extrajo como resultado de caries O una cavidad abierta]  
 Sí  No Caries sin tratar: ¿tiene este niño una cavidad abierta? [Al menos ½ mm de pérdida de estructura dental en la superficie del esmalte. Coloración marrón a marrón oscuro de las paredes de la lesión. Estos criterios se aplican a las fosas y las lesiones cavitadas por fisuras, así como a las de las superficies lisas de los dientes. Si retiene la raíz, suponga que todo el diente fue destruido por la caries. Los dientes rotos o astillados, más los dientes con empastes temporales, se consideran sanos a menos que también haya una lesión cavitada].  
 Sí  No Selladores Dentales Presentes

Otros problemas (especificar): \_\_\_\_\_

III. Necesidades de tratamiento (marque todo lo que corresponda)

- No hay problema obvio. Se recomienda cuidado dental de rutina. Visite a su dentista regularmente.  
 Puede necesitar atención dental. Programe una cita con su dentista lo antes posible para una evaluación.  
 Se requiere cuidado dental inmediato. Programe una cita inmediatamente con su dentista para evitar problemas.