

Fecha: _____

Registraciones de Kinder son de Lunes-Jueves
(9:00am-11:00am)
Año Escolar 2022-2023

REQUISITOS:

- Prueba de Nacimiento
- Seguro Social (si es posible)
- Prueba de Vacunas
 - 4 DPT (una debe ser después de los 4 años)
 - 4 Polio Oral
 - 3 Hepatitis B
 - 2 MMR (Paperas)(las dos después del 1er año)
 - 2 Varicela (si no ha tenido varicela) las dos después del 1er año

2 Pruebas de Dirección:

- Contrato de Renta / Talonario de Sueldo/Lease
- Recibo de Luz, Gas, Taxes de la Propiedad
- Talonario de Sueldo
- PA Registración de Vehículo
- W2

Indentificación con Foto

The School District of Philadelphia
Sheridan Elementary School

Formulario de Registración

Fecha: _____ Salon: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ ID#: _____ Sexo: M or F (circule uno)

Dirección: _____

de Teléfono: _____ Grado: K 1 2 3 4 (circule uno)

Nombre del Padre/Encargado: _____

de Teléfono de Trabajo: _____ Celular: _____

Persona de contacto de emergencia: _____

Relación con el niño: _____ # de Teléfono: _____

Última Escuela que asistió: _____ Publica de Filadelfia: SI o NO

Es de Educación Especial: SI or NO (circule uno) ESOL: SI o NO

Parientes:

Escuelas:

1. _____

1. _____

2. _____

2. _____

3. _____

3. _____

Tiene completas las vacunas: SI o NO

Preparado por: _____

EL PADRE/ENCARGADO DEBE RELLENAR ESTE FORMULARIO Y PROPORCIONAR TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS

Por favor escriba toda la información en letra de imprenta/Please Print All Information

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE – Sección 1/STUDENT INFORMATION – Section 1

Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del segundo nombre/M.I.	Fecha de nacimiento /Date of Birth			Nº de ID del estudiante/ Student ID Number
			MES/MONTH	DÍA/DAY	AÑO/YEAR	
Nº de casa/House No.	Dirección/Direction	Nombre de la calle/Street Name	St., Ave., etc.	Apt. No.	Código postal/Zip Code	

Raza/Race Designation: ¿Es usted hispano/ Are you Hispanic? Sí Yes No País donde nació/Country of Birth: _____

Sexo/Gender: Hombre/Male Mujer/Female Lengua materna del estudiante: _____
Student Primary Language

Blanco/ White Negro/Afro-americano/ Black/African American Fecha en la que el estudiante se inscribió en una escuela en los E.E.U.U. /Date child first enrolled into a U.S. school _____

Asiático/ Asian Nativo de Hawai/De otras Islas del Pacífico/Native Hawaiian/Other Pacific Islander

Amerindio/Nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native

HISTORIAL EDUCATIVO DEL ESTUDIANTE – Sección 2/STUDENT ENROLLMENT HISTORY – Section 2

Indique la última ciudad y el tipo de escuela a la que el niño/a asistió/Indicate city and type of school child last attended Escuela pública/Public School Escuela no pública/Non Public School

Filadelfia/ Philadelphia Otra ciudad/Other City: _____

Última fecha en la que asistió/ Date Last Attended	Último grado al que asistió/ Grade Last Attended	Nombre de la escuela/Name of School	Dirección/Address	Ciudad/City	Estado/State

Si el estudiante asistió a la escuela fuera de los E.E.U.U., ¿tiene su último expediente escolar?/If the student attend school outside of the United States, do you have his/her school record?

Sí/Yes Si es así, por favor envíenos una copia para la escuela/If yes, please provide a copy for the school _____

No Si no, por favor contacte a la escuela para obtener el informe/If no, please contact the school to obtain the record. _____

El niño asistió a/Did the child even attend: Escuela preescolar/Pre-Kindergarten y/o/and/or Kinder/Kindergarten

1) ¿Ha recibido el niño alguna vez servicios de educación especial en PA o en otro estado?/ Sí/Yes No Si es así, qué estado/If yes, which State _____
Has the child ever received Special Education Services in PA or another state?

2) ¿Tiene su hijo/a actualmente un PEI/Does your child have a current IEP? Sí/Yes No

3) ¿Tiene su hijo/a actualmente un informe de evaluación?/ Sí/Yes No Si es así, cuál/If yes, what _____
Does your child have a current evaluation report?

4) ¿Su hijo/a ha estado inscrito alguna vez en un programa de intervención temprana?/ Sí/Yes No
Was the child ever enrolled in an Early Intervention Program

5) ¿Ha recibido su hijo/a servicios bilingües/ESOL?/ Sí/Yes No Si es así, qué estado/If yes, which State _____
Has the child ever received ESOL/Bilingual services?

6) ¿Su hijo/a tiene un 504?/Does your child have a 504? Sí/Yes No

7) ¿Tiene su hijo/a un PEI por ser superdotado?/Does your child have a Gifted IEP? Sí/Yes No

ENCUESTA DE IDIOMAS Sección 3/LANGUAGE SURVEY – Section 3

	Inglés/English	Otro/Other	Idioma/Language
1) ¿Qué idioma habla la familia la mayoría del tiempo en casa? What language does the family speak at home most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2) ¿En qué idioma le habla(n) el/los padre(s) a su hijo la mayoría del tiempo? What language does the parent(s) speak to her/his child most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3) ¿En qué idioma le habla el niño/a a su(s) padre(s) la mayoría del tiempo? */ What language does the child speak her/his parent(s) most of the time?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4) ¿En qué idioma le(s) habla el niño/a a su(s) hermano(s)/hermana(s) la mayoría del tiempo? */ What language does the child speak her/his brothers/sisters most of the time?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5) ¿En qué idioma le(s) habla el niño/a a sus amigos la mayoría del tiempo? */ What language does the child speak his/her friends most of the time?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6) ¿Qué idioma utiliza el niño/a con más frecuencia? */ What language does the child speak most frequently?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7) ¿Qué idioma utiliza el niño/a en casa con más frecuencia?/ What language does the child speak at home most the time?	1) _____	2) _____	3) _____

* Si la respuesta a estas preguntas es otra además del inglés, se le debe dar al estudiante una prueba de colocación en inglés (W-APT)



EL PADRE/ENCARGADO DEBE RELLENAR ESTE FORMULARIO Y PROPORCIONAR TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS

INFORMACION DEL HOGAR - Sección 4/HOUSEHOLD INFORMATION - Section 4

El estudiante reside con/*Student Resides With:*
 Ambos padres (misma dirección)/ *Both Parents (same address)*
 Madre/*Mother*
 Padre/*Father*
 Padrastro o madrastra/*Stepparent*
 Encargado/Otro/*Guardian/Other*

Nombre del padre o encargado/*Parent/ Guardian Name:* _____
 Padre/*Father*
 Madre/*Mother*
 Padrastro o madrastra/*Stepparent*
 Encargado/Otro/*Guardian/Other*
 Hombre/*Male*
 Mujer/*Female*
 [Servicio militar activo/*Active Military*]
 Sí/*Yes*
 No
 Dirección/*Address:* _____

Teléfono/*Phone*
 (Casa/*Home*) _____
 (Móvil/*Cell*) _____
 (Trabajo/*Work*) _____
 Correo electrónico/*Email:* _____
 Lengua materna del encargado/*Guardian's Primary Language:* _____

ELIGIBILIDAD MCKINNEY-VENTO - SECCION 4 (continuado) (ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL) /MCKINNEY-VENTO ELIGIBILITY - SECTION 4 (continued)

Por favor, indique su estatus de vivienda/*Please indicate your current housing status:*
 Alquiler/*Rent*
 Arrendamiento/*Lease*
 Dueño/a/*Own*

En un motel/hotel a causa de pérdida de vivienda, adversidad económica u otra razón similar/*In a motel/hotel due to loss of housing, economic hardship or similar reason.*

Actualmente está Ud. viviendo con familiares a causa de pérdida de vivienda, adversidad económica u otra razón similar/*Are you currently living with a family member due to loss of housing, economic hardship or similar reason*

Ha sufrido un incendio u otra catástrofe inducida por el hombre *Did you experience a man-made disaster/fire*

Ha sufrido un desahucio/*Did you experience an eviction*

Si la familia es elegible para el Programa de asistencia para las personas sin hogar de 1987 (conocido como McKinney-Vento), por favor comuníquese con su consejero escolar una vez completada la inscripción.

INFORMACION SOBRE LOS HERMANOS-SECCION 5/SIBLING INFORMATION - SECTION 5

Por favor, enumere todos los niños de edad escolar (de 5 años y más)/*Please list all school aged children (ages 5 and above)*

Nombre/ <i>Name</i>	Fecha de nacimiento/ <i>D.O.B</i>	Escuela actual/ <i>Current School</i>	Grado/ <i>Grade</i>	Nº de identificación del estudiante, si está disponible/ <i>Student ID # if available</i>

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA -Section 6/CONTACT INFORMATION - Section 6

Por favor, enumere dos contactos LOCALES para casos de emergencia y su relación con el niño/a en caso de que no podamos contactar al padre o encargado/ *Please list two LOCAL emergency contacts and their relationship to the child in the event a parent or guardian cannot be reached:*

Principal/*Primary*
 Nombre/*Name* _____
 Teléfono (1)/*Phone (1)* _____
 Relación/*Relationship* _____
 Hombre/*Male*
 Mujer/*Female*
 Teléfono (2)/*Phone (2)* _____

Secundario/*Secondary*
 Nombre/*Name* _____
 Teléfono (1)/*Phone (1)* _____
 Relación/*Relationship* _____
 Hombre/*Male*
 Mujer/*Female*
 Teléfono (2)/*Phone (2)* _____

Mi firma le permite al distrito escolar de Filadelfia que matricule a mi hijo/a como estudiante. Certifico además que la información provista en esta solicitud, es veraz y precisa, y que al proveer información falsa o incompleta demorará el proceso de matrícula.

Padre/encargado/*Parent / Guardian Signature*

 Padre/encargado/*Parent / Guardian Signature*

Fecha/*Date*

 Fecha/*Date*

Philip H. Sheridan School Emergency Form

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Sal6n: _____
Direcci6n: _____ Tel6fono: _____
Madre: _____ Celular: _____
Lugar de Trabajo _____ Tel6fono del Trabajo: _____
Padre: _____ Celular#: _____
Lugar de Trabajo _____ Tel6fono de Trabajo: _____

Si es absolutamente necesario que lo tengamos que llama ren caso de emergencia y no responde agradeceriamos que nos de informaci6n de personas que est6n autorizadas a recoger a su hijo/a de la escuela.

3. Nombre: _____ Relaci6n: _____
de Tel6fono: _____ Celular: _____
4. Nombre: _____ Relaci6n: _____
de Tel6fono: _____ Celular: _____

Favor de apuntar los nombres de cualquier hermano/a que asisten a Sheridan Elementary

1. Nombre del Ni6o/a: _____ Grado: _____ Sal6n: _____
2. Nombre del Ni6o/a: _____ Grado: _____ Sal6n: _____
3. Nombre del Ni6o/a: _____ Grado: _____ Sal6n: _____

EN CASO DE EMERGENCIA Y LA ESCUELA CIERRA AL MEDIODÍA, MI HIJO/A PUEDE:

_____ CAMINAR A SU CASA
_____ ESPERAR A SER RECOGIDO POR: _____
DE TELÉFONO: _____

Su hijo/a tiene algun problema medico o toma alguna medicamento?
___ SI ___ NO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO _____

Distrito Escolar de Filadelfia
Oficina de Derechos y Responsabilidades Estudiantiles
Calle Broad norte 440, segundo piso
Filadelfia, PA 19130

Rachel Holzman, Abogada
Jefa Adjunta

Formulario para no autorizar la divulgación de información personal

El Distrito Escolar de Filadelfia puede divulgar o hacer pública información designada "información personal" sin su consentimiento escrito, a menos que usted le haya indicado lo contrario al Distrito, de acuerdo a los procedimientos establecidos por el Distrito.

La información personal incluye lo siguiente: nombre, dirección, número de teléfono, fecha y lugar de nacimiento, área de estudio; participación en actividades reconocidas y deportes, estatura/peso si es miembro de un equipo atlético, fechas de asistencia, grados académicos, premios, fotografías, lista de clases, escuelas a las que ha asistido anteriormente y el idioma materno.

El propósito principal de la información personal es permitirle al Distrito Escolar de Filadelfia incluir este tipo de información que aparece en los expedientes académicos de los estudiantes en ciertas publicaciones de la escuela, incluyendo: un programa de una obra teatral que describe el papel del estudiante en la presentación, boletines escolares, el anuario, la lista de honor u otras listas de reconocimiento, los programas de graduación y la hoja de actividades deportivas, como el baloncesto, con información sobre el peso y la estatura de los miembros del equipo.

Esta información también puede brindarse a organizaciones externas cualificadas que la soliciten. Estas organizaciones incluyen, pero no están limitadas a: los programas de becas, las escuelas vocacionales y técnicas, y posibles empleadores. En reconocimiento al derecho a la privacidad de las familias, el Distrito Escolar de Filadelfia tiene la política de no proporcionar esta información a empresas comerciales.

Los padres o los estudiantes calificados (18 años de edad o más) tienen el derecho a exigir que esta información no se divulgue al solicitarlo por escrito. Si prefiere que esta información no se divulgue sin su consentimiento por escrito, por favor, llene todo el formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo/a dentro de los diez (10) primeros días después de matricularlo. Una vez que usted llene y devuelva este formulario a la escuela, su elección no cambiará hasta que usted no llene y presente un formulario nuevo. Use un formulario para cada hijo/a. Devuelva este formulario solamente si usted **NO** quiere que la información personal se haga pública.

YO deseo que **NO** se divulgue mi información personal y pido UNA de las siguientes alternativas:

No divulgar la información de mi hijo/a bajo ninguna circunstancia. No dé ninguna información para publicaciones escolares, actividades escolares, escuelas vocacionales, programas de becas o empleadores.

No divulgar la información de mi hijo/a bajo ninguna circunstancia, excepto a publicaciones escolares, actividades escolares y organizaciones externas cualificadas.

No divulgar información de mi hijo/a bajo ninguna circunstancia, excepto a publicaciones escolares y actividades escolares.

No divulgar información personal de mi hijo/a a reclutadores militares (sólo para 11° y 12° grados)

No le permito a mi hijo/a que llene ninguna encuesta relativa a una o más áreas mencionadas en el aviso PPRA

Nombre del estudiante (Letra imprenta)

Nombre de la escuela (Letra imprenta)

Número de ID del estudiante

Nombre del padre/encargado (Letra imprenta)

Firma del padre/encargado

Fecha

Firma del estudiante (si es mayor de 18 años)

Distrito Escolar de Filadelfia

Lista de verificación para Kindergarten / Kindergarten Checklist

Padre /Parent Name _____

Nombre del estudiante / Child's Name _____ Fecha de nacimiento /Birth Date _____

Estimado padre y/o encargado / Dear Parent/Guardian:

Los niños que aprenden las habilidades en esta lista, tendrán una mejor base para el aprendizaje futuro. Podrán entender mejor al maestro y el ambiente de aprendizaje. Ayudar a sus hijos a aprender estas habilidades antes y durante el kindergarten es un proceso continuo. / *Children who learn the skills on this list will have a better foundation for future learning. They will more fully understand the teacher and the learning environment. Helping children learn these skills before and during kindergarten is an ongoing process.*

Los ejemplos incluyen (marque la lista con ✓ para lo que corresponde) / Examples include (check off the list with ✓ in the middle columns)

	Does Your Child		Yes Not Yet		Su hijo
	Sí	Not Yet	Sí	Not Yet	
1. Know his/her full name					1. Sabe su nombre completo
2. Know his/her age					2. Sabe su edad
3. Know gender (boy/girl)					3. Sabe su género (niño o niña)
4. Know home address and phone number					4. Sabe su domicilio y número de teléfono
5. Know family member's names (mother, father, grandparents, etc...)					5. Sabe los nombres de los miembros de su familia (madre, padre, abuelos, etc....)
6. Know 8 letters of the alphabet and 8 letter sounds					6. Sabe 8 letras del alfabeto y 8 sonidos de letras
7. Know how to hold a book and turn pages					7. Sabe cómo sostener un libro y pasar las páginas
8. Point to and name parts of the body					8. Señala y nombra partes del cuerpo
9. Name clothing articles					9. Nombra prendas de vestir
10. Know names of household items					10. Sabe nombres de artículos para el hogar
11. Identify common animals					11. Identifica animales comunes
12. Know names of most foods					12. Sabe los nombres de la mayoría de los alimentos
13. Know the words for how things feel (textures)					13. Conoce palabras de cómo se sienten las cosas (texturas)
14. Know names of coins					14. Sabe nombres de monedas

15. Know left and right				15. Distingue entre la izquierda y derecha
16. Know some words that describe things				16. Sabe algunas palabras que describen cosas
17. Know some words that tell how things move				17. Sabe algunas palabras que indican cómo se mueven las cosas
18. Know something about the places in your neighborhood				18. Sabe algo acerca de los lugares en su vecindario
19. Know the difference between big, bigger, biggest				19. Sabe la diferencia entre grande, más grande, el más grande
20. Know the difference between small, smaller, smallest				20. Sabe la diferencia entre pequeño, más pequeño, el más pequeño
21. Know how to count 10 things				21. Sabe cómo contar 10 cosas
22. Can point out things that are the same or different				22. Puede señalar cosas que son iguales o distintas

Yes Not Yet
Sí Todavía no

It would help if your child could:

Sería bueno si su hijo pudiese:

23. Respond to his/her name				23. Responder a su nombre
24. Understand speech of others				24. Entender lo que otros dicen
25. Respond to simple questions				25. Responder a preguntas sencillas
26. Use short complete sentence				26. Utilizar una oración corta completa
27. Follows 2-step directions				27. Seguir instrucciones de 2 pasos
28. Tell how he/she feels				28. Decir cómo se siente
29. Ask questions of adults				29. Hacer preguntas a los adultos
30. Relate 2 events of story in sequence				30. Relacionar 2 eventos de la historia en secuencia
31. Understand that the teacher is in charge in the classroom				31. Entender que el maestro está a cargo del aula
32. Be comfortable with adults while away from home				32. Sentirse cómodo con adultos fuera de casa

Yes Not Yet
Sí Todavía no

Does your child have these social skills:

¿Tiene su hijo estas habilidades sociales?

33. Takes turns				33. Espera su turno
34. Shows respect for others and property				34. Muestra respeto por los demás y la propiedad ajena
35. Shares toys				35. Comparte juguetes
36. Is helpful				36. Ayuda a otros
37. Engage in Cooperative play				37. Participa en el juego cooperativo
38. Now how to say "Please" and "Thank you"				38. Sabe cómo decir "por favor" y "gracias"
39. Can sit quietly long enough to play with a toy, do a task, or listen to a story				39. Puede sentarse en silencio el tiempo suficiente para jugar con un juguete, hacer una tarea, o escuchar un

					cuento
40.	Does not argue and fight with other children				40. No discute ni pelea con otros niños
41.	Accepts disagreements				41. Acepta desacuerdos

Yes Not Yet

Does your child have the following self help skills: **¿Tiene su hijo estas habilidades de auto suficiencia?**

Yes	Not Yet	Sí	Not Yet	¿Tiene su hijo estas habilidades de auto suficiencia?
				42. Remove and can put on outer clothes
				43. Go to the bathroom without help
				44. Wash and dry own face and hands
				45. Feeds him/herself
				46. Keeps trying even when task is hard
				47. Isn't easily distracted
				48. Finishes tasks

Yes Not Yet

Does your child have these gross motor skills: **¿Tiene su hijo estas habilidades motoras gruesas?**

				49. Walk with ease
				50. Run lightly on toes
				51. Jump from step using both feet
				52. Balance on each foot
				53. Walk up stairs by alternating feet
				54. Walk downstairs by alternating feet
				55. Throw and catch a ball

Distrito Escolar de Filadelfia / The School District of Philadelphia
Servicios de salud escolares / School Health Services
REPORTE DE EXÁMEN FÍSICO / REPORT OF PHYSICAL EXAMINATION

Nombre del estudiante /Name of Student	Fecha de nacimiento /Date of Birth ___ Mes/Mo. ___ Día/Day ___ Año/Yr	No de identificación /Student ID #	Grado/Grade
Nombre de la escuela /Name of School	Salón/Room/Section/Book	Fecha de emisión /Date Issued	

Al proveedor de atención médica (Por favor completar todas las preguntas) /TO THE CARE PROVIDER (Please complete all items)
 La ley de Pennsylvania requiere que los estudiantes que asisten a la escuela en el estado sean vacunados y reciban exámenes médicos periódicos. El pago de estos exámenes es responsabilidad de los padres o encargados. ESTAS VACUNAS SON REQUERIDOS PARA ASISTIR A LA ESCUELA. (Pennsylvania law requires that students attending school in the state be immunized and receive periodic medical examinations. Payment for these examinations is the responsibility of the parent/guardian. THESE IMMUNIZATIONS ARE REQUIRED FOR SCHOOL ATTENDANCE.

REPORTE DE VACUNACIÓN /RECORD OF VACCINE ADMINISTRATION

Por favor adjunte la cartilla de vacunación completa, incluyendo resultados de la serología si está disponible. /Please attach complete immunization record including serology results if available

Alergias /Allergies _____	Fecha del último PPD /Date of last PPD _____	Resultado /Result _____	mm /mm _____
¿Tiene este estudiante seguro de salud? /Does this student have health insurance? Sí /Yes _____ No /No _____		Nombre de Seguro: /Name of insurance provider _____	

REGISTRAR LO SIGUIENTE /RECORD THE FOLLOWING

1. Agudeza visual (sin gafas) /Visual acuity (without glasses) D/ R ___ I/L ___ Con gafas/ with glasses D/R ___ I/L ___			
2. Evaluación audiométrica /Audiometric screening D (R) ___ G (L) ___	3. Tensión Arterial (BP) _____		
4. Altura/Height _____ pulgadas/cm/inches/cm	Peso/Weight _____ libras/kg /lb./kg	Percentil IMC /BMI percentile _____	
5. Prueba de escoliosis /Scoliosis screening: ___ Normal /Normal ___ Anormal /Abnormal ___ Referido /Referred ___ Sin referencia /No Referral			
6. Recomendación de actividades: /Activity Recommendation ___ Actividad física sin restricciones /Full Physical Activity ___ Actividad física restringida (Debe completar exención médica de ed. física / Modificación de programa MEH-23); Restricted Physical Activity (Must complete Phys. Ed. Medical Exemptions/Program Modification MEH-23); Indicar las restricciones: /Specify Restrictions _____			
7. Indique todos los medicamentos que está tomando: /List all medications currently being taken Medicamento/Medication _____ Motivo /Reason _____			
8. Enumerar todos los problemas en orden cronológico o por examen: Estado del problema List all problems by history or examination (Status of problem)			
1. _____	En tratamiento /Under care	Tratamiento completo /Care completed	Referido /Referred
2. _____	En tratamiento /Under care	Tratamiento completo /Care completed	Referido /Referred
3. _____	En tratamiento /Under care	Tratamiento completo /Care completed	Referido /Referred
___ Ningún problema identificado / No Problems Identified			

Notas / Plan a seguir / Instrucciones especiales para la escuela: /Comments/follow-up treatment plan/Special instructions to school

Firma (Obligatoria) /Signature (Required)	Teléfono /Telephone	Sello de la oficina del médico (Obligatorio) /Care Provider office stamp (Required)
Dirección /Address	Fecha del examen médico /Date of Exam	

Para encontrar más documentos e información traducida al español, por favor vaya a:
www.philasd.org/language/spanish

DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA
REPORTE DE EXAMEN DENTAL PRIVADO
(REPORT OF PRIVATE DENTAL EXAMINATION)

Nombre de la escuela <i>(Name of School)</i>	Identificación del estudiante <i>(Student I.D.)</i>	Fecha emitida <i>(Date Issued)</i>	
Nombre del estudiante <i>(Name of student)</i>	Fecha de nacimiento <i>(DOB)</i>	Clase/Sección/Grupo <i>(Rm/Sec/bk)</i>	Grado <i>(Grade)</i>

(AL DENTISTA

La ley de Pensilvania exige que los estudiantes que asisten a las escuelas de la Mancomunidad reciban exámenes dentales periódicos a intervalos definidos (al ingresar, en el tercer y séptimo grados). Estos exámenes son obligatorios para asistir a la escuela. Los padres o encargados son responsables de cubrir el costo de estos exámenes. Si el estudiante o la familia no tienen seguro médico, la enfermera de la escuela ayudará a la familia solicitar seguro médico. Por favor, adjunte una copia del examen dental del estudiante o llene el formulario con la información solicitada abajo. Muchas gracias por su cooperación.)

(TO THE DENTIST:

Pennsylvania law requires that students attending school in the Commonwealth receive periodic dental examinations at stated intervals (upon original entry, while in third grade, and while in seventh grade). These examinations are required for school attendance. Payment for these examinations is the responsibility of the parent/guardian. If the student/family does not have health insurance the school nurse will help the family apply for health insurance. Please attach a copy of the student's dental examination or record the data below. Thank you for your cooperation.)

Bajo tratamiento / el tratamiento inició <i>(Under treatment/work begun)</i>	Tratamiento terminó / Ningún tratamiento es necesario <i>(Completion of work/No treatment necessary)</i>
Fecha en que inició el tratamiento <i>(Date work begun)</i>	<input type="checkbox"/> Ningún tratamiento es necesario ahora <i>(No treatment required now)</i>
Citas de seguimiento programadas <i>(Scheduled follow-up appointments)</i>	<input type="checkbox"/> Todo el tratamiento dental necesario está completado <i>(All necessary dental work completed)</i>
Fecha del examen dental <i>(Date of dental examination)</i>	Fecha anticipada para completar el tratamiento <i>(Expected Completion date)</i>

Comentarios / Tratamiento de seguimiento / Instrucciones especiales para la escuela *(Comments/follow-up treatment/Special instructions to School)*

Nombre del dentista <i>(Name of dentist)</i>	Teléfono <i>(Telephone)</i>
Firma del dentista <i>(Signature of dentist)</i>	Fecha de la firma <i>(Date signed)</i>
Dirección <i>(Address)</i>	Número de Fax <i>(Fax number)</i>

IMPORTANTE - Devuelva este formulario a:

(Return this form to :)

Enfermera certificada o practicante de la escuela *(Certified school nurse/practitioner)*

Escuela *(School)*

Dirección de la escuela *(School Address)*

Teléfono *(Phone number)*