



Dra. Allison LeClair  
Superintendente

## ESCUELAS PÚBLICAS DE EASTHAMPTON

EDIFICIO MUNICIPAL DE EASTHAMPTON  
50 Payson Avenue, 2<sup>nd</sup> piso  
Easthampton, MA 01027  
(413) 529-1500 TEL  
(413) 529-1567 FAX  
Correo electrónico: [superintendent@epsd.us](mailto:superintendent@epsd.us)  
Sitio web: [www.epsd.us](http://www.epsd.us)

### INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES NUEVOS Y DE TRANSFERENCIA

# 2023-2024

**Documentos adjuntos:**

***Requisitos de registro***

***Autorización de divulgación de registros***

***Formulario de registro de estudiantes***

***Encuesta sobre el idioma del hogar***

***Verificación de Residencia***

***Requisitos Obligatorios de Salud para Estudiantes***

***Formulario de divulgación de información médica***

***Formulario de consentimiento para tratamiento y emergencia médica del estudiante***

***Lista de verificación de registro de nuevos estudiantes***

\*Para obtener ayuda con estos documentos, llame al 413-529-1500 o visite el Departamento de la Escuela en 50 Payson Avenue.\*

## INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES NUEVOS Y DE TRANSFERENCIA REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN

¡Bienvenido a las Escuelas Públicas de Easthampton! Nuestra intención es que su hijo/a tenga una transición exitosa a nuestro sistema escolar. Para inscribir a un estudiante en las Escuelas Públicas de Easthampton, tiene que completar los formularios de inscripción requeridos que se adjuntan, y presentar documentos adicionales junto con estos formularios. Todas las inscripciones se completan en persona, hechas solamente por el padre o el tutor legal. Los niños pueden venir, pero no se requiere que lo hagan.

Según las leyes de Massachusetts, solo los estudiantes que residen en la Ciudad de Easthampton son elegibles para asistir a las Escuelas Públicas de Easthampton (a menos que sean aceptados en el Programa de Elección de Escuela). El Comité Escolar de Easthampton ha desarrollado una política de residencia que requiere que la administración desarrolle un procedimiento para la verificación de la residencia.

### **Por favor traiga los siguientes documentos a su cita para la inscripción:**

- Una copia certificada del Certificado de Nacimiento del niño/a con sello a relieve (no el registro del hospital)
- Documentos que establezcan la residencia y la ocupación:
  - Documentos de la Residencia: Incluyen el registro del pago de la hipoteca o la factura de la propiedad; el contrato de arrendamiento o de alquiler totalmente firmado; una declaración jurada del propietario/dueño de la propiedad; el Contrato de Compra y Venta totalmente firmado y ejecutado; o el Acuerdo de la Sección 8.
  - Evidencia de la Ocupación: Incluye las facturas del gas, combustible, agua o electricidad, o del teléfono de la casa (no de un celular) con una fecha dentro de los últimos 30 días.
- Evidencia de Identificación: Incluye una identificación con fotografía, licencia de conducir válida de Massachusetts o tarjeta de identificación con fotografía, pasaporte válido, u otra identificación emitida por el gobierno con fotografía.
- Registro de Salud: Registros de inmunización y prueba de un examen físico reciente (dentro de los últimos 12 meses), según lo exige la ley estatal.
- Actual Plan de Educación Individual (IEP, por las siglas en inglés) o documentos 504, si corresponde
- Boleta de Transferencia de Massachusetts (si se inscribe proveniente de otro distrito de MA)
- Prueba de custodia física, si corresponde.

To schedule an appointment, please contact:  
Ivelisse Lozada at 413-529-1500 Ext.123 Or email:[ilozada@epsd.us](mailto:ilozada@epsd.us)



Dra. Allison LeClair  
Superintendente

## ESCUELAS PÚBLICAS DE EASTHAMPTON

EDIFICIO MUNICIPAL DE EASTHAMPTON  
50 Payson Avenue, 2<sup>nd</sup> piso  
Easthampton, MA 01027  
(413) 529-1500 TEL  
(413) 529-1567 FAX  
Correo electrónico: superintendent@epsd.us  
Sitio web: www.epsd.us

### LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES NUEVOS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ GRADO DE ENTRADA \_\_\_\_\_

PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL CONTACTO: \_\_\_\_\_

### LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA

- Formulario de Inscripción del Estudiante
- Certificado de Nacimiento
- Encuesta de Idioma del Hogar
- Verificación de Residencia y Documentos Requeridos
- Registros de Salud
  - Divulgación de Información Médica
  - Emergencia Médica del Estudiante y Consentimiento de Tratamiento
  - Registro Médico de Inmunización y Último Examen Físico (Disponible del médico de su estudiante)

¿Recibe el estudiante algún servicio especial en este momento?

No     Sí

Copia del P.E.I. (I.E.P., en ingles) a la Oficina de Educación Especial

---

#### SOLO PARA LOS ESTUDIANTES QUE ENTRAN AL KINDERGARTEN

- Formulario de Divulgación de Información
- Encuesta de Experiencia en Educación Infantil Temprana

---

#### SOLO PARA ESTUDIANTES DE TRANSFERENCIA

- Autorización de Divulgación de Registros

*Un gran lugar para aprender y crecer.*



Dr. Allison LeClair  
Superintendent

# EASTHAMPTON PUBLIC SCHOOLS

EASTHAMPTON MUNICIPAL BUILDING

50 Payson Avenue, 2<sup>do</sup> Piso

Easthampton, MA 01027

(413) 529-1500 TEL

(413) 529-1567 FAX

e-mail: [superintendent@epsd.us](mailto:superintendent@epsd.us)

sitio web: [www.epsd.us](http://www.epsd.us)

## FORMULARIO DE MATRÍCULA ESCOLAR

Nombre: \_\_\_\_\_  Masc.  Fem.  No Binario  
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Dirección: \_\_\_\_\_  
No. Calle Apt. No. Ciudad/Pueblo C.P.

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
(si es diferente) No. Calle Apt. No. Ciudad/Pueblo C.P.

Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Ciudad/Pueblo Natal: \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año Ciudad/Pueblo/Estado

Teléfono del Contacto: \_\_\_\_\_ Telf. Alternativo: \_\_\_\_\_

Hijo de Crianza:  Sí  No Tutela Estatal:  Sí  No

Fecha de Entrada: \_\_\_\_\_ Grado al que Entra: \_\_\_\_\_

Primera Vez en las Escuelas de Massachusetts:  Sí  No Certificado de Nacimiento (Requerido):  Sí  No

Escuela Anterior: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre y Dirección

Idioma que Prefiere en el Hogar / Comunicaciones de la Escuela, si no es el inglés: \_\_\_\_\_

**El estudiante vive con:**  Both parents  Parent/Guardian #1  Parent/Guardian #2  Legal Guardian  
 Grandparent(s)  Other Adult Relative of Student  Sibling of Student  Other \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor #1:** \_\_\_\_\_ Telf. casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
No. Calle Apt. No. Ciudad C.P.

Telf. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Celular : \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor #2:** \_\_\_\_\_ Telf. casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
No. Calle Apt. No. Ciudad C.P.

Telf. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Celular : \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ Telf. casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
No. Calle Apt. No. Ciudad C.P.

Telf. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Celular : \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Mencione las Agencias de Servicios Sociales involucradas con el estudiante: \_\_\_\_\_



Dr. Allison LeClair  
Superintendent

## EASTHAMPTON PUBLIC SCHOOLS

EASTHAMPTON MUNICIPAL BUILDING

50 Payson Avenue, 2<sup>do</sup> Piso

Easthampton, MA 01027

(413) 529-1500 TEL

(413) 529-1567 FAX

e-mail: [superintendent@epsd.us](mailto:superintendent@epsd.us)

sitio web: [www.epsd.us](http://www.epsd.us)

**INFORMACIÓN PARA CONTACTO DE EMERGENCIA:** (Por favor indique los contactos que pueden asumir la custodia temporal de su hijo/a, si no podemos comunicarnos con usted.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Hermanos actualmente matriculados en las Escuelas Públicas de Easthampton:

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

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

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

**Idioma Primario (Nativo)\*:** \_\_\_\_\_

\* El idioma natal es la lengua o dialecto específico que el padre/tutor aprendió o usó por primera vez con el niño/a.

**RAZA/ETNIA:** (Por favor marque todo lo que corresponda.)

**Indio Americano o Nativo de Alaska** - Una persona oriunda de cualquiera de los pueblos de América del Norte, que mantenga su identificación a través de la afiliación tribal o del apego comunitario.

**Asiático o de las Islas del Pacífico** - Una persona oriunda de cualquiera de los pueblos del Lejano Oriente, el Sudeste de Asia, el subcontinente de la India, o las Islas del Pacífico. Esta área incluye, por ejemplo, China, India, Japón, Corea, y las Islas de Filipinas y Samoa.

**Negro** - Una persona oriunda de cualquiera de los grupos raciales negros del África.

**Blanco** - Una persona oriunda de cualquiera de los pueblos de Europa, África del Norte o el Medio Oriente.

**Hispano** - Una persona oriunda de México, Puerto Rico, Cuba, América del Sur, o cuyo origen sea la cultura española, sin tener en cuenta su raza.

### MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA EN LO SIGUIENTE:

**ESTATUS DE BAJOS INGRESOS** - La familia tiene un ingreso anual por debajo de las pautas federales de pobreza; o la familia recibe Ayuda de Transición para las Familias, o es elegible para recibir cupones de alimentos.

**ESTATUS PERKINS DE BAJOS INGRESOS:** La familia tiene un ingreso anual por debajo de las pautas federales de pobreza, o la familia recibe Ayuda de Transición para las Familias, o el estudiante es un pupilo estatal (hijo de crianza temporal), o está en una institución para personas abandonadas o delincuentes, o el estudiante es elegible para recibir almuerzo gratis o a precio rebajado.

**ESTATUS DE MIGRANTE:** Una indicación de que una persona, o un padre/madre/tutor que acompaña a una persona, mantiene un empleo primario en una o más actividades agrícolas o de pesca, sobre una base temporal o durante la estación, y establece residencia temporal para el propósito de atender ese empleo.

**ESTATUS DE INMIGRANTE:** Una indicación de que un estudiante es elegible para el Programa de Educación de Inmigración de Emergencia es: (1) el estudiante no puede haber nacido en ninguno de los 50 estados de Estados Unidos de N.A., el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el Distrito de Columbia, Guam, Samoa Americana, las Islas Vírgenes, las Islas Marianas del Norte o el Territorio de las Islas del Pacífico, y (2) no ha completado tres (3) años académicos completos de escuela en ningún Estado.

**MIEMBRO DE UNA FAMILIA MILITAR** – El estudiante es elegible para recibir asistencia como miembro de una familia militar, según lo define el Acuerdo Interestatal sobre Oportunidades Educativas para Niños de Militares, si el estudiante es un hijo/a de:

- Un miembro en servicio activo de los servicios uniformados, la Guardia Nacional y la Reserva, o de órdenes de servicio activo
- Miembros o veteranos dados de baja por razones médicas, o retirados por un período de tiempo menor de un (1) año.
- Miembros que han fallecido estando en servicio activo.

**APROBADA LA ESCUELA SELECCIONADA:**  Sí  No

**EDUCACIÓN ESPECIAL** (Entrantes solamente)  Sí  No

**SEGURO DE SALUD**  Sí  No Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

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



Dr. Allison LeClair  
Superintendente

## ESCUELAS PÚBLICAS DE EASTHAMPTON

50 Payson Avenue, 2<sup>nd</sup> piso  
Easthampton, MA 01027  
(413) 529-1500 TEL  
(413) 529-1567 FAX  
Correo electrónico: [superintendent@epsd.us](mailto:superintendent@epsd.us)  
Sitio web: [www.epsd.us](http://www.epsd.us)

### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS

Fecha de la Solicitud: \_\_\_\_\_

Por este medio, yo autorizo:

- Mountain View School (Grados PK-5)
- Easthampton High School (Grados 9-12)
- Oficina Central
- Oficina de Educación Especial
  
- Para Divulgar a:
- Para Solicitar a:

Escuela/Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Transcripciones Académicas / Asistencia | <input type="checkbox"/> Registros de Salud/Médicos |
| <input type="checkbox"/> Registros de Educación Especial         | <input type="checkbox"/> Informes Psicológicos      |
| <input type="checkbox"/> Disciplina                              | <input type="checkbox"/> Otro: _____                |

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

## Encuesta del idioma hablado en el hogar

Los reglamentos del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts exigen que *todas* las escuelas determinen los idiomas que se hablan en los hogares de los estudiantes para así identificar sus necesidades específicas relacionadas con el idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción que todos los estudiantes puedan aprovechar. Si en su hogar se habla otro idioma que no sea inglés, se requiere que el Distrito evalúe a su hijo más a fondo. Ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su ayuda.

Información del estudiante		
Nombre _____	Segundo nombre _____	Apellido _____
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Sexo
País de nacimiento _____	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____	Fecha de matriculación inicial en CUALQUIER escuela de EE.UU. (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____
Información de la escuela		
_____ / _____ /20 _____	_____	_____
Fecha de comienzo en la escuela nueva (mm/dd/aaaa)	Nombre de la escuela y ciudad anterior	Grado actual
Preguntas para los padres/encargados		
<b>¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar, independientemente del idioma que hable el estudiante?</b>  	<b>¿Qué idioma(s) se habla(n) con su hijo?</b> (incluya parientes -abuelos, tíos, tías, etc. - y encargados del cuidado)  _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre  _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre	
<b>¿Cuál fue el primer idioma que entendió y habló su hijo?</b>  	<b>¿Qué idioma usa usted principalmente con su hijo?</b>  	
<b>¿Cuántos años ha asistido el estudiante a escuelas en los Estados Unidos (sin incluir el pre-kínder)?</b>  	<b>¿Qué idiomas usa su hijo? (encierre uno en un círculo)</b>  _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre  _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre	
<b>¿Requerirá usted la información impresa de la escuela en su idioma natal?</b>  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>¿Requerirá usted un intérprete/traductor en reuniones de padres y maestros?</b>  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Si contesto que sí, ¿qué idioma?</b> _____	<b>Si contesto que sí, ¿qué idioma?</b> _____	
Firma del padre/la madre/encargado:  X	_____ / _____ /20 _____ Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)	

Spanish



Dr. Allison LeClair  
Superintendent

# EASTHAMPTON PUBLIC SCHOOLS

EASTHAMPTON MUNICIPAL BUILDING

50 Payson Avenue, 2<sup>do</sup> Piso

Easthampton, MA 01027

(413) 529-1500 TEL

(413) 529-1567 FAX

e-mail: [superintendent@epsd.us](mailto:superintendent@epsd.us)

sitio web: [www.epsd.us](http://www.epsd.us)

### Sólo para uso de oficina:

- Meets Residency Criteria OR
- Referred to attendance Officer
- Residency confirmed
- Residency not confirmed

## VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

Antes de la admisión y, posteriormente cada año, los estudiantes que viven en el distrito deben presentar un comprobante de residencia y ocupación (Política JBA). La ley M.G.L. C 76, §5 permite al Comité Escolar obtener el costo total de la educación de cualquier estudiante, de cualquier adulto que permita que un estudiante asista a las Escuelas Públicas de Easthampton sabiendo que el estudiante no es un residente.

Student's Name: \_\_\_\_\_

Reside en la dirección siguiente: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado C.P.

*Entiendo que un estudiante tiene que residir en Easthampton para asistir a las Escuelas Públicas de Easthampton (o ser aceptado en el programa de elección de escuela). Como el adulto con quien este estudiante reside ahora en la dirección arriba indicada, por medio de la presente certifico que yo tengo la siguiente relación con el estudiante (marque una de las opciones que aparecen a continuación):*

- Padre                       Tutor Legal\*                       Pariente\*

*Estoy de acuerdo en notificar sin demora a las autoridades escolares sobre cualquier cambio de dirección.*

Firmado bajo pena o sanciones de perjurio el: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

\*La tutela legal requiere documentación adicional de un tribunal o agencia.

La política de residencia de las Escuelas Públicas de Easthampton **no aplica** para los estudiantes sin hogar elegibles bajo la Ley McKinney-Vento.

Estudiante elegible para servicios bajo la Ley McKinney-Vento (será determinado por el personal de la escuela).

### Todos los solicitantes deben presentar por lo menos un documento de cada una de las siguientes columnas:

COLUMNA A	COLUMNA B	COLUMNA C
<input type="checkbox"/> Copia de la Escritura o constancia del pago reciente de la hipoteca <input type="checkbox"/> Copia del contrato de arrendamiento <input type="checkbox"/> Declaración jurada legal del propietario afirmando que usted es un inquilino, y constancia del pago más reciente del alquiler <input type="checkbox"/> Acuerdo de la Sección 8	Factura de los servicios públicos u orden de trabajo fechada dentro de los últimos 60 días, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Factura del gas</li> <li><input type="checkbox"/> Factura del combustible</li> <li><input type="checkbox"/> Factura de la electricidad</li> <li><input type="checkbox"/> Factura del teléfono de la casa (no del celular)</li> <li><input type="checkbox"/> Factura del cable</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir válida <input type="checkbox"/> Actual matrícula del vehículo <input type="checkbox"/> Pasaporte válido con ID de foto <input type="checkbox"/> Pasaporte válido, fechado el año pasado <input type="checkbox"/> Formulario W-2 <input type="checkbox"/> Factura de impuesto al consumo (del vehículo) <input type="checkbox"/> Factura de impuestos a la propiedad, con fecha dentro de los últimos 60 días <input type="checkbox"/> Carta de una agencia del gobierno <input type="checkbox"/> Talón de la nómina (recibo salarial) <input type="checkbox"/> Declaración bancaria o de tarjeta de crédito.

### Sólo para uso de oficina

Signature of Staff Person		Date
---------------------------	--	------





## ESCUELAS PUBLICAS DE EASTHAMPTON

EDIFICIO MUNICIPAL DE EASTHAMPTON

50 Payson Avenue, 2<sup>do</sup> Piso

Easthampton, MA 01027

(413) 529-1500 TEL

(413) 529-1567 FAX

e-mail: [superintendent@epsd.us](mailto:superintendent@epsd.us)

Sitio web: [www.epsd.us](http://www.epsd.us)

### REQUISITOS DE SALUD OBLIGATORIOS PARA LOS ESTUDIANTES

#### **Exámenes Físicos**

El Departamento de Salud Pública de Massachusetts exige que todas las escuelas tengan en los archivos un examen físico actualizado de todos los estudiantes, con una fecha que esté dentro del año de ingreso a la escuela y luego a intervalos de cada 3 años (o en los grados 4<sup>to</sup>, 7<sup>mo</sup> y 10<sup>mo</sup>). A un estudiante transferido de otro sistema escolar hay que examinarlo como un estudiante entrante. Los registros de salud transferidos de la escuela anterior del estudiante pueden usarse para determinar que cumplen con este requisito.

#### **Inmunizaciones**

El artículo 76, sección 15, de las Leyes Generales de Massachusetts (M.G.L.) establece que a los niños se les deben administrar las vacunas de acuerdo con la ley para poder asistir a la escuela.

Se requieren las siguientes inmunizaciones para que su hijo/a asista a la escuela:

- DPT – Cuatro (4) dosis para el Pre-K, o cinco (5) dosis para todos los demás estudiantes
- Polio – Tres (3) dosis para el Pre-K, o cuatro (4) dosis para todos los demás estudiantes
- Hib – De una a tres (1-3) dosis (solo para el Pre-K)
- Hep B – Tres (3) dosis
- MMR – Una (1) dosis para el Pre-K, o dos (2) dosis para todos los demás estudiantes
- Varicela – Una (1) dosis para el Pre-K, o dos (2) dosis para todos los demás estudiantes
- Reactivación del Tétanos (Tdap) – Es obligatoria para los estudiantes que ingresan al 7<sup>mo</sup> grado o que tienen al menos 12 años de edad.

Las excepciones médicas o religiosas se requieren por escrito.

Haga que el médico de su hijo/a mande o envíe por fax una copia de los expedientes médicos correspondientes a la enfermera de la escuela.

#### **Evaluaciones Obligatorias**

- La estatura y el peso se realizan en los grados 1, 4, 7 y 10
- Los exámenes de audición se realizan en los grados K-3, 7 y 9
- Los exámenes de la visión se realizan en los grados K-5, 7 y 9
- La evaluación de la postura se realiza en los grados 5-9

Se enviarán cartas a las casas antes de las evaluaciones. Usted puede optar por excluir a su hijo/a de estas evaluaciones.



Dra. Allison LeClair  
Superintendente

## ESCUELAS PÚBLICAS DE EASTHAMPTON

EDIFICIO MUNICIPAL DE EASTHAMPTON  
50 Payson Avenue, 2<sup>nd</sup> piso  
Easthampton, MA 01027  
(413) 529-1500 TEL  
(413) 529-1567 FAX  
Correo electrónico: superintendent@epsd.us  
Sitio web: www.epsd.us

### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Con la firma de esta Divulgación de Información Médica, usted nos concede permiso para compartir información con el médico de su hijo/a. Por favor, incluya el nombre de cualquier otro especialista que su hijo/a esté viendo para obtener medicamentos o cualquier otra necesidad de salud.

#### Médico Primario:

Por este medio concedo permiso al Dr. \_\_\_\_\_ para divulgar cualquier información a la enfermera de la escuela que estimen necesaria en el mejor interés de mi hijo/a, \_\_\_\_\_, incluyendo: récords de inmunizaciones, información médica, diagnósticos de salud mental y medicamentos, fechas de las citas (para exámenes físicos, seguimiento con medicamentos), alergias, y otras preocupaciones de salud. También concedo permiso a la enfermera de la escuela para que divulgue al Dr. \_\_\_\_\_ toda la información anteriormente indicada, además de cualquier otra información que estimen necesaria en el mejor interés de mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Especialistas/ Otros Médicos:

Por este medio concedo permiso al Dr. \_\_\_\_\_ para divulgar a la enfermera de la escuela cualquier información que consideren en el mejor interés de mi hijo/a \_\_\_\_\_, incluyendo: récords de inmunizaciones, información médica, diagnósticos de salud mental y medicamentos, fechas de las citas (para exámenes físicos, seguimiento con medicamentos), alergias, y otras preocupaciones de salud. También concedo permiso a la enfermera de la escuela, para que divulgue al Dr. \_\_\_\_\_ toda la información anteriormente indicada, además de cualquier otra información que estimen necesaria en el mejor interés de mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor, devuelva este formulario a la Oficina de Salud o junto con su paquete de inscripción.

*\*\*\* Llenar este formulario es voluntario. No es obligatorio que usted firme y devuelva este formulario, aunque consideramos que sería en el mejor interés de su hijo/a que nosotros tuviéramos esta información en el archivo por si surge algún problema y necesitamos comunicarnos con su médico. Muchas gracias.*

*Un gran lugar para aprender y crecer.*

**DISTRITO DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE EASTHAMPTON  
EMERGENCIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE Y CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO**

Nombre _____		Fecha de Nac _____		Grado _____		Maestro/a _____					
Dirección _____		Ciudad/Pueblo _____		vive con _____							
Padre o Tutor #1 _____		Trabajo _____		Teléfonos _____							
Padre o Tutor #2 _____		Trabajo _____		Teléfonos _____							
Hermano en el distrito _____		Grado _____		Colegio _____		Hermano en el distrito _____		Grado _____		Colegio _____	

**CONTACTO ALTERNATIVO DE EMERGENCIA** Si los padres no pueden localizarse en caso de emergencia o enfermedad, indique los nombres de los adultos responsables que pueden venir a recoger a su hijo/a:

Nombre _____		Relación _____		Teléfonos _____			
Nombre _____		Relación _____		Teléfonos _____			
Médico Primario del Estudiante _____		Teléfonos _____		Dentista _____		Teléfonos _____	
Fecha del último examen físico _____		¿Con quién? _____					

**INFORME ANUAL DEL SERVICIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

¿Tiene el estudiante alguna condición de salud crónica \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_ ¿Usa Epi Pen?  Si  No  
Reacción a los alérgenos \_\_\_\_\_

Lesiones/cirugías/enfermedades	año	Lesiones/cirugías/enfermedades	año	Lesiones/cirugías/enfermedades	año
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA**

- |   |  |   |                                   |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Condición cardiovascular | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                  | <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad                                     | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de audición | <input type="checkbox"/> Dificultades de la visión | <input type="checkbox"/> espejuelos <input type="checkbox"/> lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Asma     |

Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma regularmente \_\_\_\_\_

Detalles sobre dieta especial \_\_\_\_\_

Cualquier información que la enfermera escolar deba conocer \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE (OTC)**

Yo doy permiso a la Enfermera de la Escuela para administrar los siguientes medicamentos de venta libre:

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acetaminophen (Tylenol) | <input type="checkbox"/> Ibuprophen (Advil)   | <input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl) | <input type="checkbox"/> Loción de Calamina         |
| <input type="checkbox"/> Pastillas contra la tos | <input type="checkbox"/> Ungüento antibiótico | <input type="checkbox"/> Crema de hidrocortisona    | <input type="checkbox"/> Loción de bloqueador solar |
| <input type="checkbox"/> Tabletas antiácidas     | <input type="checkbox"/> Todo lo anterior     | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores  |   |

Alérgico a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Reacción: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo doy mi permiso a la enfermera escolar para compartir información relacionada con la salud física y mental de mi hijo/a con el personal escolar apropiado. Por este medio autorizo a la Enfermera de la Escuela a comunicarse, compartir, u obtener información de los proveedores médicos y profesionales de la salud de mi hijo/a fuera de la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**POR FAVOR DEVUELVA ESTE DOCUMENTO LO ANTES POSIBLE O JUNTO CON SU PAQUETE DE INSCRIPCIÓN**



Dra. Allison LeClair  
Superintendente

## ESCUELAS PÚBLICAS DE EASTHAMPTON

EDIFICIO MUNICIPAL DE EASTHAMPTON  
50 Payson Avenue, 2<sup>nd</sup> piso  
Easthampton, MA 01027  
(413) 529-1500 TEL  
(413) 529-1567 FAX  
Correo electrónico: [superintendent@epsd.us](mailto:superintendent@epsd.us)  
Sitio web: [www.epsd.us](http://www.epsd.us)

### Servicios de Salud Oficina de la Enfermera Escolar del Distrito

Estimado Padre/Tutor:

Enviar a su hijo/a a la escuela cuando está enfermo/a puede complicar su enfermedad y exponer a otros niños y al personal de la escuela al riesgo de enfermarse también. Esta información se ofrece para que usted tenga información que lo ayude a tomar una decisión sobre cuándo debe mantener a su hijo/a en la casa.

#### **Fiebre**

Cuando los estudiantes tengan una temperatura de más de 100 grados Fahrenheit.

#### **Vómitos y Diarreas**

Con cualquier episodio de vómitos y/o diarreas ocurrido dentro de las 24 horas de la escuela.

#### **Resfriado/Tos**

Cuando tienen tos, estornudos, secreción nasal, dolores corporales, fatiga, u ojos lagrimeando que le impidan la capacidad de participar en la escuela.

#### **Antibióticos**

Con cualquier estudiante que esté tomando antibióticos para la faringitis estreptocócica (Strep Throat) o la conjuntivitis (Pink Eye) durante las primeras 24 horas.

#### **Erupciones en la piel**

Con cualquier erupción que pueda ser contagiosa (picazón, descamación o pústulas)

Llame a la consulta de su médico para pedir consejo si no está segura/o acerca de la condición de su hijo/a, o si tiene preguntas sobre si debe dejarlo en la casa sin enviarlo a la escuela.

#### **Su Hijo/a Puede Retornar a la Escuela cuando:**

Tenga fiebre por debajo de 100 grados durante 24 horas, sin el uso de medicamentos (acetaminofén, ibuprofeno)

No haya episodios de vómitos durante 24 horas, sin el uso de un medicamento antiemético.

No haya episodios de diarreas durante 24 horas, sin el uso de medicamentos antidiarreicos.

Si a su hijo/a se le presenta alguna enfermedad durante las horas escolares, la enfermera le hará una evaluación, y podrían avisarle para que usted haga los arreglos necesarios para venir a recoger a su hijo/a a la escuela.

Los números de emergencia y los formularios de salud deben actualizarse anualmente y estar archivados para cada estudiante. Si no completa y devuelve el formulario de salud adjunto, no podrá administrar ningún medicamento de venta libre a su hijo. Envíe el examen físico más reciente de su hijo de su proveedor de atención primaria.

Gracias por su cooperación para mantener saludables a nuestros estudiantes, a nosotros mismos, y a nuestra comunidad. Por favor, llámenos o envíenos un correo electrónico con cualquier pregunta o inquietud.

Easthampton High School 413-529-1585  
Mountain View Middle School 413-529-1530  
Mountain View Elementary 413-529-1545