



Maureen Binienda
Interim Superintendent

EASTHAMPTON PUBLIC SCHOOLS

EASTHAMPTON MUNICIPAL BUILDING

50 Payson Avenue, 2nd Floor

Easthampton, MA 01027

(413) 529-1500 TEL

(413) 529-1567 FAX

e-mail: superintendent@epsd.us

website: www.epsd.us

Preschool Registration Form

2024-2025

Easthampton Public Schools

Enclosures: *Superintendent's Welcome Letter*
Kindergarten Registration, Screening, and School Tours
Don't Miss the Bus Flyer
Release of Information Form
Early Childhood Education Experience Survey
Student Registration Form
Home Language Survey
Verification of Residency
Mandatory Health Requirements for Students
Release of Medical Information Form
Student Medical Emergency and Treatment Consent Form
Letter from Health Services
New Student Registration Checklist

Para obtener una traducción al español, llame al 413-529-1500 o visite el Departamento de la Escuela en 50 Payson Avenue.

For translation of these documents into a language other than English or Spanish, call 413-529-1500 or visit the School Department at 50 Payson Avenue.



EASTHAMPTON PUBLIC SCHOOLS

EASTHAMPTON MUNICIPAL BUILDING

50 Payson Avenue, 2nd Floor

Easthampton, MA 01027

(413) 529-1500 TEL

(413) 529-1567 FAX

e-mail: superintendent@epsd.us

website: www.epsd.us

Enrollment for Preschool Students

REGISTRATION REQUIREMENTS

Welcome to the Easthampton Public Schools! It is our intent that your child has a successful transition to our school system. In order to enroll a student in the Easthampton Public Schools, you must complete the required enrollment forms, which are enclosed, and submit additional documents along with these forms. All enrollments are completed in person by the parent or legal guardian only. Children are welcome to attend but are not required.

According to Massachusetts law, only those students who are living in the City of Easthampton are eligible to attend the Easthampton Public Schools (unless accepted in the School of Choice Program). The Easthampton School Committee has developed a policy on residency which requires administration to develop a procedure for the verification of residency.

Please bring the following documents to your Registration Appointment:

- A certified copy of the child's Birth Certificate with raised seal (not the hospital record)
- Documents which establish residency and occupancy:
Residency Documents include: Record of mortgage payment or property bill; fully signed lease or rental agreement; landlord/owner of property affidavit; fully signed and executed Purchase and Sales Agreement; or Section 8 Agreement.
Evidence of Occupancy include: gas, oil, water or electric bill, or home phone (not cell) bill dated within the past 30 days.
- Evidence of identification include: photo ID, valid Massachusetts driver's license or photo ID card, valid passport, or other government issued photo ID.
- Health Record: Immunization records and proof of a recent physical exam (within the past 12 months) as required by State law.
- Current Individual Education Plan (IEP) or 504 documents, if applicable
- Massachusetts Transfer Slip (if enrolling from another MA district)
- Proof of physical custody, if applicable

Para obtener una traducción al español, llame al 413-529-1500 o visite el Departamento de la Escuela en 50 Payson Avenue.

For a translation into a language other than English or Spanish, call 413-529-1500 or visit the School Department at 50 Payson Avenue.

**To schedule an appointment, please contact:
Nicky Pease at npease@epsd.us or 413-529-1500 x120**



Maureen Binienda
Interim Superintendent

ESCUELAS PÚBLICAS DE EASTHAMPTON

50 Payson Avenue, 2nd piso
Easthampton, MA 01027
(413) 529-1500 TEL
(413) 529-1567 FAX
Correo electrónico: superintendent@epsd.us
Sitio web: 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: _____



Maureen Binienda
Interim Superintendent

EASTHAMPTON PUBLIC SCHOOLS

EASTHAMPTON MUNICIPAL BUILDING
50 Payson Avenue, 2^{do} Piso
Easthampton, MA 01027
(413) 529-1500 TEL
(413) 529-1567 FAX
e-mail: superintendent@epsd.us
sitio web: 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: _____



EASTHAMPTON PUBLIC SCHOOLS

EASTHAMPTON MUNICIPAL BUILDING

50 Payson Avenue, 2^{do} Piso

Easthampton, MA 01027

(413) 529-1500 TEL

(413) 529-1567 FAX

e-mail: superintendent@epsd.us

sitio web: www.epsd.us

Maureen Binienda
Interim Superintendent

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: _____

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

Spanish



Maureen Binienda
Interim Superintendent

EASTHAMPTON PUBLIC SCHOOLS

EASTHAMPTON MUNICIPAL BUILDING
50 Payson Avenue, 2^{do} Piso
Easthampton, MA 01027
(413) 529-1500 TEL
(413) 529-1567 FAX
e-mail: superintendent@epsd.us
sitio web: 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: <input type="checkbox"/> Factura del gas <input type="checkbox"/> Factura del combustible <input type="checkbox"/> Factura de la electricidad <input type="checkbox"/> Factura del teléfono de la casa (no del celular) <input type="checkbox"/> Factura del cable	<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^{do} Piso

Easthampton, MA 01027

(413) 529-1500 TEL

(413) 529-1567 FAX

e-mail: superintendent@epsd.us

Sitio web: 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^{to}, 7^{mo} y 10^{mo}). 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^{mo} 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.



Maureen Binienda
Interim Superintendent

ESCUELAS PÚBLICAS DE EASTHAMPTON

EDIFICIO MUNICIPAL DE EASTHAMPTON
50 Payson Avenue, 2nd 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 | |

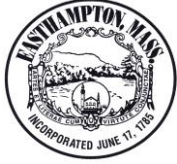
Alérgico a: _____ Reacción: _____

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



Maureen Binienda
Interim Superintendent

ESCUELAS PÚBLICAS DE EASTHAMPTON

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



Maureen Binienda
Interim Superintendent

ESCUELAS PÚBLICAS DE EASTHAMPTON

EDIFICIO MUNICIPAL DE EASTHAMPTON

50 Payson Avenue, 2nd 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 inglés) 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.