



Hudson Public Schools

155 Apsley Street

Hudson, MA 01749

Tel: 978-567-6100 Fax: 978-567-6103

<http://www.hudson.k12.ma.us>

Estimado Padre/Tutor:

Adjunto está el paquete de matrícula para el Kindergarten que solicitó.

- Complete el paquete y reúna los documentos requeridos que figuran en la siguiente lista de verificación
- Envíe por correo el paquete de matrícula completo y la documentación de respaldo antes del 29 de marzo de 2019 a

Hudson Public Schools
155 Apsley Street
Hudson, MA 01749
Attention: Kindergarten Registration

O

Haga una cita para entregar su paquete de matrícula completo con la documentación de respaldo visitando

http://www.ptcfast.com/schools/Hudson_Public_Schools

Esta cita tomará aproximadamente 10 minutos.

Fechas y horarios de citas

25, 27 de febrero y 1 de marzo de 2019 9:00 am – 12:00 pm

5 e 7 de marzo de 2019 9:00 am- 12:00 pm

11, 13 e 15 de marzo de 2019 12:30 pm- 3:30 pm

19 y 21 de marzo de 2019 12:30 pm – 3.30 pm

<u>Lista de documentos</u>	<u>Documentación Medica Requerida **</u>
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Paquete de registro del alumno de HPS<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento o Pasaporte del alumno<input type="checkbox"/> 2 documentos para la verificación de residencia (ver formulario de residencia para más detalles)<input type="checkbox"/> Identificación de los padres	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Examen Físico: Copia del examen físico más reciente del 2018-2019<input type="checkbox"/> Examen de Vista: Documentación de agudeza a distancia y estereopsis<input type="checkbox"/> Plomo: documentación Y resultados<input type="checkbox"/> Registro de vacunas: Deben estar al día y mostrar:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> DTaP/DTP 5 dosis<input type="checkbox"/> Polio 4 dosis<input type="checkbox"/> Hepatitis B 2 dosis<input type="checkbox"/> MMR 2 dosis<input type="checkbox"/> Varicela 2 dosis <p><i>**Es posible que su hijo no pueda recibir algunas vacunas hasta después de su 5^{to} cumpleaños; por favor envíe lo que su hijo ha recibido hasta ahora.</i></p>

Por favor no dude en contactarme con preguntas.

Tiago X. Duarte

Registrador del Distrito PK-Grado 12

Hudson Public Schools

155 Apsley Street

Hudson, MA 01749

(978) 567-6100 ext 153

txduarte@hudson.k12.ma.us

Hudson Public Schools

155 Apsley Street
Hudson, Massachusetts 01749



Office of Superintendent of Schools

Tel: 978-567-6100
Fax: 978-567-6103
www.hudson.k12.ma.us

Estimado Padre (s)/Tutor (es);

Por favor llene el paquete de matrícula de las Escuelas Públicas de Hudson y reúna la documentación adicional requerida. Cuando el paquete esté listo, contácteme al 978-567-6100 ext. 153 o por correo electrónico a txduarte@hudson.k12.ma.us para dejar el paquete o si tiene cualquier pregunta. Esperamos dar la bienvenida a su familia a las Escuelas Públicas de Hudson.

Tiago Duarte
Registrador del Distrito
Hudson Public Schools
155 Apsley St.
Hudson, MA 01749

Hudson Public Schools

155 Apsley Street
Hudson, Massachusetts 01749



Office of Superintendent of Schools

Tel: 978-567-6100
Fax: 978-567-6103
www.hudson.k12.ma.us

Lista de Verificación de Matrícula

Para matricular a su hijo (a) en las Escuelas Públicas de Hudson se requiere la siguiente información:

- Formulario de Matricula del Estudiante HPS
- Información de Residencia
 - Declaración de Residencia de los Padres
- Transporte Anual De La Escuela
- Formulario de Autorización para la transferencia de Registros Escolares (solo para alumnos que están siendo transferidos)
- Formulario Confidencial de la Salud del Estudiante
- Formulario de Restricción de Fotografías. (Solo devolver si usted no quiere que se fotografíe a su hijo (a))
- Encuesta del Idioma
- Aplicación para Almuerzo Gratis/Costo Reducido (si aplica)—Solo uno por familia.
- Registros Escolares que incluyan la ultima libreta de calificaciones, los resultados de pruebas estandarizadas, informe de servicios especiales (solo para alumnos que están siendo transferidos)
 - Formulario Completo de Autorización de transferencia de Registros Escolares
 - Se envió el pedido para los Registros Escolares Confidenciales el _____
 - Los Registros Escolares se recibieron el _____
- Copia de la partida de Nacimiento o pasaporte del Estudiante. (Para verificar nombre y edad del estudiante)
- Registros médicos incluyendo las vacunas y el ultimo examen físico se recibieron el _____.
- Prueba de residencia (Se necesita una de cada columna. Chequee los recibidos.)

Si no le es posible proporcionar todas las pruebas de residencia, comuníquese con el Registrador del Distrito para obtener las declaraciones juradas correspondientes.

Columna A	Columna B
Copia mas reciente del estado de cuenta de la hipoteca	Recibo de servicio (Gas, Aceite, Electricidad, Teléfono, Cable, Agua)
Copia del acuerdo actual de Compra – Venta	Recibo de activación de la compañía de electricidad
Copia de arriendo y el recibo del ultimo pago de alquiler	Orden de trabajo de la compañía de cable
Copia de arriendo de HUD o el estado de cuenta de HUD	Factura del seguro
	Factura de impuestos a la propiedad
	Factura de Impuesto a los indirectos
	Cuenta Bancaria (con fecha dentro de los últimos 60 días)

Si el niño no vive con los padres:

- Afidávit del Cuidador del Niño (a) (requiere de certificación notarial)
- Prueba de residencia de la lista de arriba

Si usted tiene preguntas o necesita información adicional, por favor póngase en contacto Tiago Duarte al (978) 567-6100 ext. 153



Hudson Public Schools PreK-12 Student Registration and Data

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA MATRICULA: Examen físico reciente, registro de vacunas, certificado de nacimiento, 2 comprobantes de residencia/domicilio, expediente académico/calificaciones, registro de disciplina, copia del P.E.I. para los alumnos de educación especial, y el formulario de traslado estatal.

REQUIRED REGISTRATION DOCUMENTS: Current Physical, Immunizations, Birth Certificate, 2 Proofs of Residency, Transcripts/Grades, Discipline Record, Copy of I.E.P. for Special Education Student and State Transfer Form.

Student Name: _____
Nombre (First) Segundo nombre (Middle) Apellido (Last)

Masculino () Feminino () Grado: _____
(Male) (Female) (Grade)

Domicilio: _____ Apt. # _____ PO Box # _____
(Home Address)

Ciudad donde vive el alumno: _____ teléfono : _____
(City of Residence of Student) (Phone)

Fecha de nacimiento del alumno: Mes _____ Día _____ Año _____
(Student Date of Birth) (Month) (Day) (Year)

Lugar de Nacimiento: Ciudad _____ Estado _____ Pais _____
(Place of birth) (City) (State) (Country)

Ethnicity: Hispano o Latino (Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Suramericano o Centroamericano, o otra cultura o origen hispano, (sin importar la raza.)
(Hispanic OR Latino (Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.)

Raza: (Escoja una o más) Blanco Indio Americano Indio o Nativo de Alaska
(Race) (Check all that apply) (White) (American Indian Alaskan Native)

Nativo de Hawaii o Islas Pacificas Negro Asiático
(Hawaiian Native or Pacific Islander) (Black) (Asian)

Ha asistido este estudiante anteriormente a una escuela en Massachusetts? No Si data de comienzo: _____
(Has Student Previously Attended a US or Massachusetts School?) (No) (Yes) (Start date)

Ultima Escuela: _____ Ultimo año completado: _____
(Last School) (Last Grade Completed)

Direccion de la Escuela: _____
(School Address)

Ha asistido este estudiante anteriormente a una escuela en Massachusetts? No Si
Has this Student Previously Attended a Hudson School? (No) (Yes)

nombre de la escuela: _____
(Name of Hudson School)

Ha recibido su hijo(a) cualquier tipo de servicios de apoyo? Por favor, marcar: Servicios de Educación Especial
(Has your child received any support services?) (Please check) (Special Education Services)

Título I (Fonoaudióloga) OT/PT Intervenção precoce Serviços de Apoio ELL) 504 Plan
(Title I) (Speech Therapy) (OT/PT) (Early Intervention) (ELL Support Services)

OFFICE USE ONLY

LASID _____ SASID _____ School ID _____
YOG _____ Homeroom _____ Bus _____ Date of Entry _____

Nombre del padre o tutor: _____
(Parent/Guardian Name)
vínculo con el alumno: _____
(Relationship to student)
dirección: _____
(Address)

Nombre del padre o tutor: _____
(Parent/Guardian Name)
vínculo con el alumno: _____
(Relationship to student)
dirección: _____
(Address)

Email: _____

Email: _____

teléfono celular: _____
(Cell Phone #)

teléfono celular: _____
(Cell Phone #)

teléfono de la casa: _____
(Home Phone)

teléfono de la casa: _____
(Home Phone)

numero de teléfono del trabajo: _____
(Work Telephone)

numero de teléfono del trabajo: _____
(Work Telephone)

=====

Los contactos de emergencia deben ser personas distintas de los padres o tutores del alumno.
(Emergency contacts should be people other than the student's parents or guardians)

Nombre del contacto en caso de emergencia: _____
(Name of Emergency Contact)

Nombre del contacto en caso de emergencia: _____
(Name of Emergency Contact)

Vínculo con el alumno _____
(Relationship to Child)

Vínculo con el alumno _____
(Relationship to Child)

teléfono: _____
(Phone)

teléfono: _____
(Phone)

=====

Liste los hermanos(as) matriculados en las Escuelas Publicas de Hudson y el grado:
(List Siblings Enrolled in the Hudson Public Schools & Grade)

Custodia: **Vive com ambos padres** **Custodia compartida**
(Custody) (Lives with Both Parents) (Joint Custody)

Custodia exclusiva de la madre **Custodia exclusiva del padre**
(Mother Sole Custody) (Father Sole Custody)

Custodia de DCF **Nombre del trabajador** _____ **Oficina de DCF** _____
(DCF Custody) (Name of Worker) (DCF Office)

Para la seguridad de su hijo(a), hay papeleo legal del cual la escuela deba tener copias? **No** **Si**
(For your child's safety, is there legal paperwork that the school should have copies of?) No Yes

¿Necesita correo por separado? **No** **Si** (¿Quién? (madre, padre, DCF, DYS)) _____
(Do you require separate mailing?) (No) (Yes) (Who?) (mother, father, DCF, DYS)

Military Family Status (Military Interstate for Children's Compact Commissions)

Student is a child enrolled in K-12 in the household of a full-time duty status in the active uniformed service of the United States, including members of the National Guard and Reserve on active duty orders pursuant to 10 U.S.C. Section 1209 and 1211? No _____ Yes _____

Student is a child of a member or veteran of the uniformed services who was severely injured and medically discharged or retired for a period of one year after medical discharge or retirement? No _____ Yes _____

Student is a child of a member of the uniformed services who died on active duty or as a result of injuries sustained on active duty for a period of one year after death? No _____ Yes _____

Every person shall have the right to attend the public schools of the town where he/she resides. Any misrepresentation of the parent(s)' and/or child's status as actually residing in Hudson may be required to remit full restitution to the town of improperly attended public schools.

Ao melhor do meu conhecimento, as informações acima são verdadeiras e exatas
(TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE, THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND ACCURATE.)

Firma del padre/tutor: _____
(PARENT/GUARDIAN SIGNATURE)

Fecha: _____
(DATE)



Hudson Public Schools

155 Apsley Street

Hudson, MA 01749

Tel: 978-567-6100 Fax: 978-567-6103

<http://www.hudson.k12.ma.us>

REQUISITOS DE RESIDENCIA

Durante la matrícula, los padres / tutores DEBEN presentar lo siguiente:

Certificado original de nacimiento, Copia del último examen físico del niño y registro de vacunas,

Copia de la identificación del padre / tutor, Dos pruebas de residencia (1 de cada columna) de la tabla a continuación

Columna A	Columna B
Copia mas reciente del estado de cuenta de la hipoteca	Recibo de servicio (Gas, Aceite, Electricidad, Teléfono, Cable, Agua)
Copia del acuerdo actual de Compra – Venta	Recibo de activación de la compañía de electricidad
Copia de arriendo y el recibo del ultimo pago de alquiler	Orden de trabajo de la compañía de cable
Copia de arriendo de HUD o el estado de cuenta de HUD	Factura del seguro
	Factura de impuestos a la propiedad
	Factura de Impuesto a los indirectos
	Cuenta Bancaria (con fecha dentro de los últimos 60 días)

Los documentos pueden enviarse por fax al Registrador del Distrito al 978-567-6103

- Si no se puede proporcionar lo anterior, se debe proporcionar una declaración jurada legal del propietario y una copia del pago del alquiler más reciente. Por favor, consulte al Registrador del Distrito de las Escuelas Públicas de Hudson para obtener ayuda.

Declaración de Residencia de los Padres

Bajo las Leyes Generales de Massachusetts, la matrícula de estudiantes en las Escuelas Públicas de Hudson están disponibles solo para los estudiante que residen en la Ciudad de Hudson, a menos que la escuela o grado ofrezca la elección de escuela. Por lo tanto, como condición para la matrícula, el padre/tutor del estudiante debe certificar bajo las penas y sanciones de perjurio que el estudiante y el padre / tutor residen en Hudson. Las declaraciones falsas en este formulario puede dar lugar a graves sanciones penales y un cargo de la matrícula.

Under Massachusetts General Laws, enrollment of students in the Hudson Public Schools is available only to students who actually reside in the Town of Hudson unless the school or grade is open to school choice. Therefore, as a condition of enrollment, a student's parent/guardian is required to certify under the pains and penalties of perjury that the student and a parent/guardian reside in Hudson. False statements on this form may result in serious penalties and tuition will be charged.

Como el padre (s)/tutor (es) de _____
Yo/nosotros certificamos bajo las penas y sanciones de perjurio que él/ella reside en la Ciudad de Hudson en:

_____.

Nombre del Padre/Tutor (por favor escribir en letra de imprenta)

Dirección

Firma del Padre/Tutor

Fecha



Hudson Public Schools
 155 Apsley Street
 Hudson, MA 01749
 Tel: 978-567-6100 Fax: 978-567-6103
<http://www.hudson.k12.ma.us>

TRANSPORTE ANUAL DE LA ESCUELA

Requiere transporte por la mañana Si No
 (Requires Morning Transportation)

Requiere transporte por la tarde Si No
 (Requires Afternoon Transportation)

Todos los estudiantes serán asignados a la parada de autobús más cercana a su domicilio.
 (All students will be assigned to the bus stop closest to his/her home address)

Si su hijo(a) es recogido o dejado en una dirección alterna (dentro de su distrito escolar), por favor complete la siguiente información:

(If your child will be picked up or dropped off at an alternate address (within your school district), please complete the following information)

Nombre del proveedor de cuidado en la mañana (Name of Daycare)	Dirección del proveedor de cuidado (dentro del distrito escolar) y numero de teléfono (address of daycare)
Nombre del proveedor de cuidado en la tarde (Name of Daycare)	Dirección del proveedor de cuidado (dentro del distrito escolar) y numero de teléfono (address of daycare)

*El termino "proveedor de cuidado" se refiere a todos los tipos de cuidado antes y después de la escuela, Jardín infantil, abuelos, tías, tíos, primos y amigos.

(The term "daycare" refers to all types of before or after school care, including daycare centers, home daycares, grandparents, aunts, uncles, friends etc.)

Si su hijo es elegible para un autobús pero no lo tomará, por favor indique como ira/regresará de la escuela:

(If your child is eligible for the bus, but will not be taking the bus please indicate how he/she will be getting:)

A LA ESCUELA

(To School)

será transportado por un padre (Parent Transport)

Caminando (Walking)
 de otro modo (por favor especifique) _____

DE LA ESCUELA

(From School)

será transportado por un padre(Parent Transport)

Caminando (Walking)
 de otro modo (por favor especifique) _____

ES RESPONSABILIDAD DEL PADRE NOTIFICAR A LA ESCUELA, POR ESCRITO, CUALQUIER CAMBIO A ESTA INFORMACIÓN.

(It is the parent's responsibility to notify the school, in writing, of any changes to this information.)



Hudson Public Schools Información de Salud del Estudiante

Año Escolar _____

**** Por favor, complete con precisión y devuélvalo a la Enfermera de la Escuela ya que esta puede acompañar a su hijo si necesitara atención de emergencia.****

La escuela puede revelar información sobre el estudiante a las partes apropiadas con motivo de una emergencia de salud o seguridad si la información es necesaria para proteger la salud o la seguridad del estudiante u otras personas. (Reglamentos de la Mancomunidad de MA: 603 CMR 23.07) La enfermera de la escuela puede compartir la información de salud que sea necesaria para la salud del estudiante y la seguridad con el personal autorizado de la escuela.

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Profesor _____

Apellido _____ Nombre _____
Teléfono de casa () _____ Fecha de nacimiento _____ Idioma hablado en casa _____

¿Con quién vive el niño? Ambos padres _____ Un padre _____ Custodia compartida _____ Otro (tutor) _____

Nombre de la Madre/Tutor _____ Teléfono Celular () _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo () _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Teléfono Celular () _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo () _____

Correo Electrónico de los Padres _____ Marque aquí si la enfermera se puede comunicar con Ud. por correo electrónico _____

Hermanos (as)/Escuela /grado _____

Contacto de Emergencia (**debe ser distinto al padre/tutor**) _____ Relación con el niño _____

Teléfonos del Contacto de emergencia: Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Medico/Proveedor de Salud _____ Teléfono () _____

¿Tiene Seguro de Salud su hijo? No Si ¿Tiene su hijo Mass Health? No Si

¿Tiene Seguro Dental su hijo? No Si **Si su hijo no tiene seguro de salud, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela**

para que le proporcione la información.

Por favor escriba los medicamentos que su hijo (a) toma regularmente en casa o en la escuela _____

Si su hijo (a) requiere medicamentos o cuidados especiales en la escuela, por favor comuníquese con la enfermera. Una orden firmada por un medico licenciado y un permiso escrito de los padres es necesario para la medicina o tratamiento dado en la escuela (excepto como se indica a continuación).

Por favor, marque con una "X" todo lo que aplica a su hijo (a).	Si su hijo (a) ve a un especialista para una condición de salud, por favor escriba el nombre del especialista a continuación:
<input type="checkbox"/> Alergia severa que requiere Epipen (por ejemplo comida, insectos) _____	
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	
<input type="checkbox"/> Alergias – otros _____ que no requieren Epipen	
<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> Historia de Contusiones – Diagnostico Medico: _____ ¿Cuántas?	
<input type="checkbox"/> Problemas Dentales/Dientes	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Problemas emocionales, de comportamiento o preocupaciones de salud mental	
<input type="checkbox"/> Problemas de Oído: _____ derecho _____ izquierdo	
<input type="checkbox"/> Problemas cardiacos	
<input type="checkbox"/> Migrañas (confirmadas por un médico)	
<input type="checkbox"/> Convulsiones	
<input type="checkbox"/> Problemas de vista: _____ gafas _____ lentes de contacto	
<input type="checkbox"/> Otro problema de salud – especificar _____	

• Yo doy permiso a la Enfermera de la Escuela para administrar el medicamento a mi hijo(a) siguiendo el Reglamento del Médico de la Escuela:
Indique cuales colocando una "X": Acetaminofén (Tylenol) Ibuprofeno (Motrin/Advil)
 _____ aplicación a la piel de loción de calamina o Caladryl

Firma del Padre _____ Fecha _____

Hudson Public Schools

155 Apsley Street
Hudson, Massachusetts 01749



Office of Superintendent of Schools

Tel: 978-567-6100
Fax: 978-567-6103
www.hudson.k12.ma.us

Release for Confidential School Records

Liberación para Registros Confidenciales de la Escuela

Student Name _____
(Nombre del Alumno)

Birthdate _____
(Fecha de Nacimiento)

Grade _____
(Grado)

Name of Last School Attended _____
(Nombre de la última Escuela Atendida)

School Address _____
(Dirección de la Escuela)

Telephone: _____ Fax: _____
(Teléfono)

I authorize the above named Last School Attended to release any and all student records to the Hudson Public Schools.

Autorizo a la última escuela que mi hijo/a atendió, mencionada anteriormente, para que entregue todos y cada uno de los registros de los estudiantes a las Escuelas Públicas de Hudson.

Parent/ Guardian Signature
Firma de Apoderado/Guardián

Date
Fecha

Hudson Public Schools

155 Apsley Street
Hudson, Massachusetts 01749



Office of Superintendent of Schools

Tel: 978-567-6100
Fax: 978-567-6103
www.hudson.k12.ma.us

Formulario de Restricción de Fotografías del Estudiante

Este formulario no tiene que ser devuelto si usted desea permitir que la foto de su hijo (a) aparezca en las publicaciones escolares y del distrito, incluyendo la página web, los periódicos locales, y los tabloncillos de anuncios.

Durante el año escolar, nosotros a menudo tomamos fotografías de los estudiantes, padres, profesores y actividades de la escuela y podemos incluir estas fotos en los tabloncillos de anuncios de la escuela, publicaciones escolares y del distrito, publicaciones del hogar y de la escuela, y en la página Web del distrito o escuelas. En la mayoría de los casos sólo el nombre del estudiante o una descripción general de la imagen aparecerá en la leyenda. Sin embargo, hay momentos en que los periódicos locales vienen a las escuelas para tomar fotografías de la escuela/actividades estudiantiles y pueden imprimir el nombre completo del estudiante. La dirección de los estudiantes y su número telefónico no se incluirá en ninguna información publicada en el distrito o en la página web de la escuela.

Si usted **NO** desea que la foto de su hijo (a) aparezca en estos lugares públicos, por favor complete el siguiente formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo (a) antes del 1 de octubre. Esta política no limitará el derecho de publicar fotografías de cualquier estudiante que participe en los deportes escolares, obras de teatro escolares o conciertos u otras actividades en el dominio público.

Como padre o tutor legal del estudiante menor de edad listado a continuación, no deseo que la foto de mi hijo (a) aparezca en los siguientes lugares (por favor marque todos los que le corresponda).

Nombre del Alumno _____

Escuela _____ Grado _____ Nombre del Profesor _____

- No utilice la foto de mi hijo (a) en la página web de la escuela/distrito.
- No utilice la foto de mi hijo (a) en los proyectos escolares, tales como los libros hechos en clase.
- No utilice la foto de mi hijo (a) en los tabloncillos de anuncios y exposiciones dentro de la escuela.
- No utilice la foto de mi hijo (a) en las exposiciones dentro de la comunidad.
- No utilice la foto de mi hijo (a) en los periódicos locales.
- No grave un video de mi hijo (a) y no lo ponga en la página web de la escuela/distrito.
- No grave un video de mi hijo (a) por HUDTV, para ser puesto en los canales locales de cable.

Padre/Tutor (Imprima el Nombre Completo) _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

Para los Alumnos de 18 años o Mayores

Yo no deseo que mi foto aparezca en los tabloncillos de anuncios de la escuela, en las publicaciones de la escuela y distrito, en los periódicos locales y en nuestra página web.

Alumno (Imprima el Nombre Completo) _____

Dirección: _____

Firma _____ 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 _____
		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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 - <i>abuelos, tíos, tías, etc.</i> - 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 No Si contesto que sí, ¿qué idioma? _____	¿Requerirá usted un intérprete/traductor en reuniones de padres y maestros? Sí No Si contesto que sí, ¿qué idioma? _____	
Firma del padre/la madre/encargado: X	_____ / _____ /20 Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)	

Encuesta de la experiencia en educación infantil

Por favor, marque la opción que mejor describa la experiencia preescolar de su hijo en el año escolar antes de ingresar a Kindergarten. Seleccione solo una opción e indique las horas donde corresponda. ¡Gracias!

Nombre del niño (a): _____ Fecha de nacimiento: _____

- Mi hijo no tuvo ninguna experiencia formal en un programa de educación infantil.
- Mi hijo no tuvo ninguna experiencia formal en un programa de educación infantil pero participó en Coordinated Family and Community Engagement (CFCE) Services
- Mi hijo no tuvo ninguna experiencia formal en un programa de educación infantil pero participó en los Parent Child Home Program (PCHP).
- Mi hijo no tuvo ninguna experiencia formal en un programa de educación infantil pero participó en AMBOS Coordinated Family and Community Engagement (CFCE) Services Y Parent Child Home Program (PCHP).
- Mi hijo asistió a un Licensed Family Childcare (indique las horas a continuación)
 - __ por menos de 20 horas a la semana.
 - __ por más de 20 horas a la semana
- Mi hijo asistió a un Center-Based Program (indique las horas a continuación)
 - __ por menos de 20 horas a la semana.
 - __ por más de 20 horas a la semana
- Mi hijo asistió a AMBOS un Licensed Family Childcare Y Center-Based Program (indique las horas a continuación)
 - __ por menos de 20 horas a la semana.
 - __ por más de 20 horas a la semana

Definiciones:

Coordinated Family and Community Engagement (CFCE) Services: son programas locales que atienden a familias con niños desde el nacimiento hasta la edad escolar (por ejemplo, grupos de juego de padres / niños, actividades entre padres e hijos).

Parent Child Home Program (PCHP): es un programa modelo de visitas domiciliarias financiado a través del Departamento de Educación y atención temprana.

Licensed Family Childcare: se refiere al cuidado de niños por un proveedor con licencia de EEC en un entorno grupal en un hogar. Puede incluir atención en el hogar de un miembro de la familia si el proveedor es tanto un pariente como un proveedor de cuidado infantil con licencia de EEC que brinda atención a niños de varias familias.

Center-Based Care: se refiere a la atención de niños en un entorno grupal, que incluye escuelas preescolares públicas y privadas, Head Start, guarderías infantiles y escuelas preescolares públicas integradas.

Escuelas Públicas de Hudson Historial del Desarrollo - Jardín de Infancia

Nombre del Estudiante _____ Masculino Femenino
Apellido Nombres

Dirección del hogar _____ Número de Teléfono _____

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Usted siente que su hijo (a) estuvo retrasado en:

Sentarse	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Uso del baño solo(a)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Gatear	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Comer solo (a)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Caminar	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nacimiento Prematuro	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Uso de palabras simples	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parto Normal	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Uso de oraciones completas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Comentarios: _____		

Las siguientes preguntas son referentes a problemas en áreas tales como oído, vista, habla, lenguaje, y desarrollo físico, intelectual, social y emocional.

Tiene alguna razón de sospechar que su hijo (a) pueda necesitar algún servicio especial o arreglos en el ambiente escolar de él/ella o en el currículo? Si No Si respondió si, Por favor explicar: _____

Ha recibido su hijo (a) Servicios de Intervención Temprana (E.I.) a través de la Agencia de Salud de Familia y Comunidad? Si No Si respondió si, donde _____

¿Está la información relativa a esta evaluación y/o tratamiento disponible para el personal apropiado de la escuela? Si No Si respondió si, por favor proporcione el nombre (s) y dirección (es) de la persona (s) o agencia (s) de los cuales esta información puede ser obtenida: _____

¿Está su niño (a) actualmente inscrito en cualquier programa especial escolar? Si No Si respondió si, Por favor explicar _____

¿Qué palabras describen mejor a su hijo (a)?

<input type="checkbox"/> tímido	<input type="checkbox"/> seguro de si mismo	<input type="checkbox"/> cooperativo
<input type="checkbox"/> alegre	<input type="checkbox"/> celoso	<input type="checkbox"/> cariñoso
<input type="checkbox"/> excitable	<input type="checkbox"/> nervioso	<input type="checkbox"/> otro _____
<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> hablador	

¿Qué mano prefiere su hijo (a)? derecha izquierda no tiene preferencia

¿Qué palabras describen mejor los sentimientos de su hijo acerca de ir a la escuela?

<input type="checkbox"/> entusiasta	<input type="checkbox"/> ansioso	<input type="checkbox"/> otro _____
<input type="checkbox"/> miedoso	<input type="checkbox"/> contento	
<input type="checkbox"/> indiferente	<input type="checkbox"/> aprensivo	

¿Es el habla de su hijo (a) fácil de entender por personas fuera de la familia? _____

¿Tiene él/ella dificultad con el habla o lenguaje? Si No

Si respondió si, Por favor explicar _____

Tiene su hijo (a) miedo, a

<input type="checkbox"/> las tormentas	<input type="checkbox"/> estar solo	<input type="checkbox"/> la oscuridad
<input type="checkbox"/> los perros u otros animales	<input type="checkbox"/> el ruido	<input type="checkbox"/> otro _____

¿Tiene su hijo (a) algún problema especial?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> vista | <input type="checkbox"/> oído | <input type="checkbox"/> comer |
| <input type="checkbox"/> comerse las uñas | <input type="checkbox"/> chupar el dedo | <input type="checkbox"/> mojar la cama |
| <input type="checkbox"/> habla | <input type="checkbox"/> tenacidad | <input type="checkbox"/> berrinche |
| <input type="checkbox"/> "accidentes" en los pantalones | <input type="checkbox"/> otro _____ | |

¿Tiene su hijo (a) alguna condición física que le impida participar en el programa del Jardín de Infancia?
 Si No Si respondió si, Por favor explicar _____

Juega su hijo (a) con:
 sus hermanos (as) solo niños mas pequeños
 niños mayores niños del vecindario un amigo cercano

Puede su hijo (a):
 cerrar el cierre (cremallera) abotonar quedarse con gusto con la niñera
 abrochar vestirse quedarse con gusto con un pariente
 amarrar los zapatos ir al baño solo quedarse con gusto con otros

Usa su hijo (a) en casa:
 tijeras crayolas pegamento
 rompe cabezas lápices pintura
 arcilla bloques libros

¿Asistió su hijo(a) al preescolar? Si No
 Si respondió Si, Nombre del preescolar: _____
 # de años: _____

¿Tiene su hijo (a) algún amigo o pariente que asistirá al jardín de infancia durante el mismo año escolar?
 Si No Si respondió Si, Nombre de (de los) niño(s)? _____

¿Tiene su hijo (a) algún hermano (a) que asiste o asistió a Hubert? Si No
 Si respondió Si, Nombre de la profesora (s)? _____

Hermanos (as):
 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento.: _____
 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento.: _____
 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento.: _____
 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento.: _____

¿Recibe el estudiante o la familia Transitional Aid of Families Benefits, o reúne los requisitos para cupones de alimentos (food stamps)?
 Si No

¿Hay alguna otra información que usted cree que la escuela debería saber? Si No
 Si respondió si, Por favor explicar: _____

Información proporcionada por:

 Firma Fecha Relación con el niño(a)

POR FAVOR NO ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA LINEA

____.Certificado de Nacimiento recibido _____.Prueba de residencia recibida

HUDSON PUBLIC SCHOOLS - HISTORIAL MEDICO

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____
 (Apellido) (Nombres)

Dirección: _____ Teléfono de la casa _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Teléfono celular _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Teléfono celular _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

1. ¿ Ha tenido su hijo alguna de las siguientes condiciones de salud? Si es así, por favor marque todas las que le aplican y comente si es necesario:

- ADD/ADHD _____
- Ansiedad/ preocupaciones sociales, emocionales y de salud mental _____
- Alergia a comidas, picaduras de insectos, látex o medicamento. En caso afirmativo, ¿a qué es alérgico su hijo (a)? _____ ¿Es necesario un EpiPen? Si o No
- Alergia a los desencadenantes ambientales o estacionales _____
- Asma/sibilancia o tos crónica _____
- Condición intestinal o dificultad con evacuaciones intestinales _____
- Condición cardíaca _____
- Enfermedad crónica o condición. Describir: _____
- Problemas dentales _____
- Diabetes _____
- Dificultades de alimentación o tubo de alimentación _____
- Problemas de audición que requieren el uso de un audífono u otro dispositivo _____ Oreja derecha _____ Oreja izquierda _____
- Condición neurológica o antecedentes de lesión grave a la cabeza _____
- Obesidad o sobrepeso _____
- Problemas ortopédicos / óseos o fracturas que requieran algún aparato ortopédico y/o muletas? _____
- Trastorno de convulsiones _____
- Problemas a la piel _____
- Problemas gastrointestinales o al estómago _____
- Cirugía _____
- Problemas de orina / vejiga _____
- Problemas de vista/ojos _____ Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____ Gafas o lentes de contacto para la distancia _____ para leer _____ para ambos _____
- Otras enfermedades o condiciones: _____

2. ¿Visita su hijo (a) regularmente al dentista? Si _____ No. Fecha aproximada de la ultima visita: _____

3. ¿Necesitará recibir algún medicamento su hijo (a) durante la escuela? Si _____ No. En caso afirmativo, liste el medicamento (s) y el horario del día a ser administrado: _____

Se requiere una orden firmada por un medico con licencia y permiso escrito de los padres para la medicación y el tratamiento dado en la escuela.

Nombre del padre: _____ Firma: _____ Fecha: _____
 (escriba en letra de imprenta)

Para uso interno de la oficina solamente

<input type="checkbox"/> Revisado por la Enfermera de la Escuela el: _____ <input type="checkbox"/> 1 ^{er} Contacto con el Padre/Tutor el _____ <input type="checkbox"/> 2 ^{do} Contacto con el Padre/Tutor el _____	<input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO CON EL PADRE / TUTOR ES REQUERIDO
Formularios enviados a casa el (fecha) _____ <input type="checkbox"/> Hoja Médica <input type="checkbox"/> Formularios de administración de medicamentos <input type="checkbox"/> Formulario LTA <input type="checkbox"/> EAP/IHCP Asma, Diabetes, Convulsiones (marcar) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> NO SE REQUIERE SEGUIMIENTO



Hudson Public Schools

155 Apsley Street

Hudson, MA 01749

Tel: 978-567-6100 Fax: 978-567-6103

<http://www.hudson.k12.ma.us>

Estimado Padre/Tutor:

Nuestro objetivo es asegurarnos de que cada estudiante asista a la escuela regularmente.

El asistir a la escuela tiene un gran impacto en el éxito académico de un estudiante comenzando en Kindergarten y continuando hasta la escuela secundaria. Incluso a medida que los niños crecen y son más independientes, las familias desempeñan un papel clave para garantizar que los estudiantes lleguen a la escuela de manera segura todos los días y comprendan por qué la asistencia es tan importante para el éxito en la vida escolar.

Entendemos de que algunas ausencias son inevitables debido a problemas de salud u otras circunstancias. Pero también sabemos que cuando los estudiantes faltan demasiado a la escuela, independientemente de la razón, esto puede hacer que se atrasen académicamente. Es menos probable que su hijo tenga éxito si está ausente crónicamente, lo que significa que faltan 18 días o más (¡un mes de clases!) durante todo el año escolar.

Estudios muestran:

- Los niños con ausencias crónicas en kindergarten y 1er grado tienen menos probabilidades de leer al nivel de grado al final del 3er grado.
- Para el 6º grado, la ausencia crónica es una señal de advertencia temprana comprobada para los estudiantes en riesgo de abandonar la escuela.
- Para el 9º grado, una buena asistencia puede predecir las tasas de graduación incluso mejor que las calificaciones de los exámenes de 8º grado.

Las ausencias suman rápidamente. **¡Un niño está ausente de manera crónica si pierde solo dos días al mes!**

¡Claramente ir a la escuela regularmente importa!

No queremos que su hijo se atrase en la escuela y se desanime. Por favor, asegúrese de que su hijo asista a la escuela todos los días y llegue a tiempo. Aquí hay algunos consejos prácticos para ayudar a apoyar la asistencia regular:

- Asegúrese de que sus hijos mantengan una hora regular para acostarse y establezca una rutina matutina.
- Prepare la ropa y empaque las mochilas la noche anterior.
- Asegúrese de que sus hijos vayan a la escuela todos los días a menos que estén realmente enfermos
- Evite programar vacaciones o citas médicas cuando la escuela esté en sesión.
- Hable con los maestros, las enfermeras escolares y los consejeros para obtener asesoramiento **si** sus hijos se sienten ansiosos por ir a la escuela.
- Desarrolle planes de respaldo para llegar a la escuela si surge algo. Llame a un familiar, vecino u otro padre para que lleve a su hijo a la escuela.

Háganos saber cómo podemos apoyarlos mejor a usted y a sus hijos para que puedan llegar a la escuela a tiempo todos los días. ¡Queremos que su hijo tenga éxito en la escuela! Si tiene alguna pregunta o necesita más información, comuníquese con la escuela de su hijo.

Atentamente,

Hudson Public Schools