

Registration Requirements

The following documents must be provided by the parent(s)/guardian(s) for enrollment in the Reading School District. (PDE Guidelines: 24 P.S. §13-1301 – §13-1306)

☐ Proof of the Child's Age*

*Pre-Kindergarten: Child must be 4 years of age by Sept. 1 of the upcoming school year

*Kindergarten: Child must be 5 years of age by Sept. 1 of the upcoming school year

■ Student's Birth Certificate or notarized copy

■ Passport

■ Baptism Certificate or notarized copy

☐ Record of Immunization Required by Law

■ Child's immunization record

☐ Proof of Residence (one of the following):

■ Lease/Rental Agreement

■ Deed/Mortgage

■ Current Utility Bill (Water/Gas/Electric, etc.)

☐ Photo ID of Parent/Guardian

■ Parent/Guardian must be present to enroll the student.

■ Court Documentation (custody papers, protection from abuse, etc.)

☐ Completed Registration Packet

■ Registration Form

■ Student Dismissal Information Form

■ Student Disclosure Form

■ Home Income Survey

■ Home Language Survey/ESL Program Survey

■ Media Permission Form

■ McKinney-Vento Survey

Additional documentation should be presented when applicable to the student which may include:

■ Special Education Paperwork (IEP or Previous evaluations/reevaluations)

■ ELL Paperwork

■ Grades or transcripts from previous school

Requisitos de Inscripción

Los siguientes documentos deben ser proporcionados por el/los padre(s)/tutor(es) para la inscripción en el Distrito Escolar de Reading. (De acuerdo a las directrices del PDE: 24 P.S. §13-1301 – §13-1306)

☐ Prueba de la edad del estudiante*

*Prekínder: El niño debe tener 4 años cumplidos antes del 1 de septiembre del próximo año escolar.

*Kínder: El niño debe tener 5 años cumplidos antes del 1 de septiembre del próximo año escolar.

- Certificado de nacimiento del estudiante o copia notariada
- Pasaporte
- Certificado de bautismo o copia notariada

☐ Registro de vacunación requerido por la ley

- Registro de vacunación del estudiante

☐ Prueba de Residencia (una de las siguientes):

- Contrato de arrendamiento/alquiler
- Escritura/hipoteca
- Factura actual de servicios públicos (agua/gas/electricidad, etc.)

☐ Identificación con foto del Padre/Tutor

- El padre/tutor debe estar presente para inscribir al estudiante.
- Documentación judicial (papeles de custodia, protección contra el abuso, etc.)

☐ El paquete de inscripción completo incluye los siguientes documentos:

- Formulario de inscripción
- Formulario de información para la salida de la escuela del estudiante
- Formulario de divulgación del estudiante
- Encuesta de ingresos en el hogar
- Encuesta de idioma en el hogar/Encuesta del programa de inglés como segundo idioma (ESL por sus siglas en inglés)
- Formulario de permiso de medios
- Encuesta de McKinney-Vento

Cuando corresponda, los padres deben presentar los siguientes documentos, puede incluir:

- Documentación de educación especial (PEI o evaluaciones/reevaluaciones anteriores)
- Documentación de estudiantes de inglés como segundo idioma (ELL)
- Calificaciones o expedientes académicos de la escuela anterior.

Student Registration Form / Formulario de Registro

Student Information		
Registration Date / Fecha de Inscripción:		Office Use Only (On File):
School / Escuela:	☐ Immunization	
	☐ Birth Certificate	
Student ID / Identificación de estudiante:	☐ Proof of Residency	
	☐ Photo ID of Parent/Guardian	
Student Full LEGAL Name, according to birth certificate / Nombre LEGAL completo del estudiante, como aparece en el certificado de Nacimiento:		
Last / Apellido (Jr, II, Sr., etc.)	First / Nombre	Middle / Segundo Nombre
Grade / Grado:	Gender / Sexo: ☐ Female / Femenino	☐ Male / Masculino
Birthdate / Fecha de Nacimiento:	Student's Country of Birth:	Student's State of Birth:
Home Phone / Número de teléfono de casa:	Home Language / Idioma en el Hogar:	Language for Correspondence / Idioma para Correspondencia:
Home Address / Domicilio :		Apt. # # de Apartamento
City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal:
Hispanic / Latino Ethnicity Hispano/Latino Étnico (Choose ONLY one / Elegir uno)		
☐ Yes, Hispanic/Latino / Sí, es Hispano/Latino ☐ No, Not Hispanic/Latino / No, no es Hispano/Latino		
Race / Raza: (Choose one or more / Elegir uno o más):		
☐ American Indian / Alaskan Native / Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asian / Asiático ☐ Black/African American / Negro o Afro-Americano ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander / Nativo de Hawaii o otra Isla Pacífica ☐ White / Blanco ☐ Multiracial / Multiracial		
Has the student been enrolled in the Reading School District before? / ¿Se ha inscrito en el Distrito Escolar de Reading anteriormente?		
☐ Yes / Sí ☐ No / No		
Which School? / ¿Cuál escuela?		
Grades? / Grados?		
From which School and/or District is your child transferring? / ¿De cuál escuela o distrito su hijo se está transfiriendo?		

Please turn over and complete the form / Por favor, pase a la siguiente página y complete el formulario

Household Member Information			
Adults who reside with child at above address / <i>Los adultos que residen con el niño en la dirección anterior:</i>			
☐ Both parents/ <i>Ambos padres</i>	☐ Mother / <i>Madre</i>	☐ Father / <i>Padre</i>	☐ Other / <i>Otro</i>
Parent/Guardian 1 Full Name		Parent/Guardian 2 Full Name	
Relationship to Student / <i>Relación al Estudiante:</i>		Relationship to Student / <i>Relación al Estudiante:</i>	
Address / <i>Domicilio:</i>		Address / <i>Domicilio:</i>	
Employer / <i>Empleador</i>		Employer / <i>Empleador</i>	
Home Phone # / <i>Número de teléfono de casa</i>		Home Phone # / <i>Número de teléfono de casa</i>	
Cell Phone # / <i>Número Celular</i>		Cell Phone # / <i>Número Celular</i>	
Work Phone #/ <i>Número de teléfono del trabajo</i>		Work Phone #/ <i>Número de teléfono del trabajo</i>	
Birthdate / <i>Fecha de Nacimiento</i>		Birthdate / <i>Fecha de Nacimiento</i>	
Email:		Email:	
Primary Home Language / <i>Idioma principal:</i>		Primary Home Language / <i>Idioma principal:</i>	
Primary Language for Correspondence / <i>Idioma para Correspondencia:</i>		Primary Language for Correspondence / <i>Idioma para Correspondencia:</i>	
List ALL members living in the family household (including parents/guardian) <i>Nombre de TODAS las personas que viven en su casa (incluyendo los padres/encargados):</i>			
Name / <i>Nombre</i>		Date of Birth / <i>Fecha de Nacimiento</i>	
Parent/Guardian Signature / <i>Firma del Padre o Encargado:</i>		Date / <i>Fecha:</i>	

Student Disclosure Form

Student Full LEGAL Name, according to birth certificate:		
First	Middle	Last
Please answer the following questions to the best of your ability.		
Has your child ever been identified as being eligible for, or have they received Special Education Services (IEP-Individualized Education Program, Evaluation Reports, 504 Plan, GIEP- Gifted Individualized Education Program, etc.?)	Yes	No
Was your child last placed in an Alternative Education Program?	Yes	No
Was your child last placed in a hospitalization program?	Yes	No
Has your child ever been identified as an English Language learner, or has your child ever received English as a Second Language service?	Yes	No
Do you currently work, or have you ever worked, in an agricultural job such as vegetable, fruit, or mushroom picking/processing, greenhouse or nursery meat packing/processing, or similar type of work?	Yes	No
Pennsylvania State Law Act 26 mandates that, upon registering a child, a parent/guardian must indicate if their child has ever been suspended or expelled for any offense involving weapons, alcohol, or drugs, or for any other act of violence while on school property. Failure to provide accurate information is, by law, a misdemeanor of the third degree.		
Has your child ever been <u>suspended</u> (not permitted to return to school for a period) from another school district?	Yes	No
• If yes, from which school district were they suspended:		
• Reason for suspension:		
Has your child ever been expelled (not permitted to return) from another school district?	Yes	No
• If yes, from which school district were they expelled:		
• Reason for expulsion:		
Parent Signature:	Date:	
Student Signature:	Date:	

Formulario de Información del Estudiante

Nombre LEGAL completo del estudiante, tal y como aparece en el acta de nacimiento:		
First	Middle	Last
Por favor, conteste a estas preguntas según su leal saber y entender.		
¿Se ha identificado a su hijo como elegible o ha recibido servicios de educación especial (¿PEI-Programa de Educación Individualizada, informes de evaluación, Plan 504, GIEP-Programa de Educación Individualizada para Superdotados, ¿etc.?)	Sí	No
¿Alguna vez su hijo fue colocado en el programa de educación alternativa?	Sí	No
¿Alguna vez su hijo fue colocado en un programa de hospitalización?	Sí	No
¿Su hijo ha sido identificado como un estudiante de inglés como segundo idioma o alguna vez ha recibido servicio de inglés como segundo idioma?	Sí	No
¿Usted trabaja actualmente o ha trabajado alguna vez en el área agrícola como recolección/procesamiento de vegetales, frutas u hongos, empaque/procesamiento de carne en invernaderos o viveros, o un tipo de trabajo similar?	Sí	No
La Ley 26 del Estado de Pensilvania <u>exige</u> que, al inscribir a un niño, un padre/encargado debe indicar si su hijo alguna vez ha sido suspendido o expulsado por algún delito que involucre armas, alcohol o drogas, o por cualquier otro acto de violencia mientras se encuentre en la propiedad escolar. No proporcionar información precisa es, por ley, un delito menor de tercer grado.		
¿Su hijo ha sido <u>suspendido</u> (no se le ha permitido regresar a la escuela por un período de tiempo) de otro distrito escolar?	Sí	No
En caso afirmativo, ¿de cuál distrito escolar fue suspendido?		
Razón de la suspensión:		
¿Su hijo ha sido expulsado (no se le ha permitido regresar) de otro distrito escolar?	Sí	No
En caso afirmativo, ¿de cuál distrito escolar fue expulsado?		
Razón de la expulsado:		
Firma del Padre:	Fecha:	
Firma del Estudiante?	Fecha:	

Student Dismissal Information Sheet / Información del estudiante para la salida

This form will be used to determine who, in addition to the parent/guardian, is permitted to pick up a child from school.

ALL individuals, including the parent/guardians, **must be listed on this form** if they wish to pick up the student. / *Este formulario se utilizará para determinar quién, además de los padres/tutores, tienen permiso para recoger a un estudiante de la escuela. **TODAS** las personas, incluidos los padres/tutores, **deben estar incluidos en este formulario** si desean recoger al estudiante.*

Student Information/ Información del estudiante			
Student Full LEGAL Name, according to birth certificate/Nombre LEGAL completo del estudiante, como aparece en el certificado de Nacimiento:			
Student ID/ID del Estudiante:		Grade / Grado:	Date / Fecha:
Teacher / Maestra(o):		School / Escuela:	
Parent/Guardian 1 Name: Nombre del Padre/Tutor 1:		Parent/Guardian 2 Name: Nombre del Padre/Tutor 2:	
Home Address / Dirección del hogar:		Home Address / Dirección del hogar:	
Home Phone / # Teléfono del hogar:		Home Phone / # Teléfono del hogar:	
Cell Phone / # Teléfono del celular:		Cell Phone / # Teléfono del celular:	
Work Phone / # Teléfono del trabajo		Work Phone / # Teléfono del trabajo	
Email / Correo electrónico		Email / Correo electrónico	
Does the child live with this parent/guardian? ☐ Yes/sí ☐ No ¿El estudiante vive con este Padre/Tutor?		Does the child live with this parent/guardian? ☐ Yes/Sí ☐ No ¿El estudiante vive con este Padre/Tutor?	
Are there any custody orders or PFAs? / ¿Hay órdenes de custodia o PFA? ☐ Yes/Sí ☐ No (Note - all legal paperwork, including PFAs and court orders, must be presented to the school.) / (Nota: todo documento legal, incluyendo PFA y órdenes de la corte, deben ser presentadas en la escuela.)			
Is the student's parent/guardian an active-duty member of the armed forces ☐ Yes/Sí ☐ No (Army, Navy, Air Force, Marine Corp, Coast Guard) including full-time Reserve or National Guard duty? / ¿El padre/encargado del estudiante es un miembro activo de las fuerzas armadas? (Ejército, Naval, Fuerza Aérea, Corporación Marina, Guarda Costa) incluyendo Reservas a tiempo completo o en Seguridad Nacional?			
Sibling Information: Please list all siblings living in the same household as the student. / Información sobre los hermanos: Por favor enumere todos los hermanos que viven en la misma casa con el estudiante			
Sibling's Name / Nombre de Hermano(a)	Sibling's Grade / Grado que cursa el hermano	Sibling's School/ Escuela a la que asiste el hermano(a)	Sibling's Teacher (if attending the same school) /Maestro del hermano (si asiste esta escuela)
Please turn over and complete the form / Por favor, pase a la siguiente página y complete el formulario			

Student Dismissal/ Salida del estudiante

Please list the information below of who may pick up your child from school at dismissal. Your child will **ONLY** be released to a parent/guardian or person named on this form. The person picking up your child **MUST** have a photo ID for your child to be released to them. There are no exceptions. / Por favor, enumere la información a continuación de quién puede recoger a su hijo de la escuela al finalizar las clases. Su hijo solo será entregado a un padre/tutor o persona mencionada en este formulario. La persona que recoja a su hijo **DEBE** tener una identificación con foto para que se le entregue el estudiante. No hay excepciones.

Full Name/Nombre Completo	Relationship to Child/Relación con el estudiante	Telephone # Número de teléfono	Lives with child Vive con el estudiante
			☐ Yes/Si ☐ No
			☐ Yes/Si ☐ No
			☐ Yes/Si ☐ No
			☐ Yes/Si ☐ No
			☐ Yes/Si ☐ No

Dismissal Procedures: Please choose (✓) ONLY ONE option below / Procedimiento de salida: Marque con ✓ SOLAMENTE 1 opción

☐	My child has permission to walk home alone, WITHOUT AN ADULT. <i>Mi hijo/a tiene permiso para caminar solo(a) a casa, SIN UN ADULTO.</i>	
☐	My child may walk home with a sibling. <i>Mi hijo(a) tiene permiso para caminar con su(s) hermano(s).</i>	
☐	My child will be picked up by an adult, with photo ID, who is listed on this paper. <i>Mi hijo(a) será recogido por un adulto, con identificación con foto, quien se encuentra enlistado en este documento.</i>	
☐	My child will ride the bus. / <i>Mi hijo(a) viajará en autobús a casa.</i>	Bus # / # de autobús:
		Bus Stop/Parada de autobús:
☐	My child will attend the following licensed daycare: <i>Mi hijo(a) asistirá a la siguiente guardería de niños:</i>	
	My child will attend daycare on the following days (✓): ☐ Monday ☐ Tuesday ☐ Wednesday ☐ Thursday ☐ Friday <i>Mi hijo/a asistirá a la siguiente guardería en los siguientes días (✓):</i> ☐ lunes ☐ martes ☐ miércoles ☐ jueves ☐ viernes	

In the event of bad weather or an unexpected early dismissal, the school will dismiss your child following regular dismissal procedures. / En caso de mal clima o una salida temprana inesperada, la escuela despedirá a su hijo siguiendo el procedimiento regular para la salida.

By signing below, I acknowledge the following:/Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:

- If a parent/guardian wishes to pick up a student before dismissal, a written note must be provided to the building office or teacher stating the date and time of the early pick up and the name of the individual who is picking up the student, if not the parent/guardian. *Si un padre/tutor desea recoger a un estudiante antes de la salida, se debe proporcionar una nota escrita a la oficina del edificio o al maestro indicando la fecha y hora de la recogida temprana y el nombre de la persona que recogerá al estudiante, si no es el padre/tutor.*
- Children will **ONLY** be released to a parent/guardian or person named on this form. / *Los estudiantes **SÓLO** serán entregados a un padre/tutor o persona nombrada en este formulario.*
- A photo ID is required for **anyone** picking up a child, including the parent/guardian; there are no exceptions. / *Se requiere una identificación con fotografía para cualquier persona que recoja a un estudiante, incluido el padre/tutor; no hay excepciones.*
- Any changes or updates to this form during the school year must be made in person by the parent/guardian in the building office; Changes will not be accepted over the phone. / *Cualquier cambio o actualización a este documento debe hacerse durante el año escolar, en persona por el padre/tutor en la oficina principal. No se acepta hacer cambios por teléfono.*

Parent/Guardian Signature / Firma del Padre o tutor:

Date / Fecha:

English as a Second Language (ESL) Student Information

ALL newly registering students regardless of race, nationality, or language origin MUST complete the home language survey.
Federal law requires that all Local Education Agencies (LEAs) survey families to identify which students are potential English Learners (ELs) in order to provide appropriate language instruction educational programs and services.

Home Language Survey													
Student's Full Legal Name, according to birth certificate:							Birthdate:				Age:		
Place of Birth (State and Country):							Home Language:						
Is a language other than English spoken in the child's home? No Yes – list languages:													
Does your child communicate in a language other than English? No Yes – list languages:													
What is the language that your child first learned to speak?													
English as a Second Language Program Survey													
Please complete the following if your child was not born in the United States and/or you selected a language other than English for any of the questions above.													
Student's Descent (Father): (Specify Ethnicity, PR, MX, Dom)							Student's Descent (Mother): (Specify Ethnicity, PR, MX, Dom)						
Parent/Guardian Name:							Relationship to Child:						
Address:							Phone#						
							Emergency Phone#						
Date of Enrollment:							School:						
Date Child First Entered U.S. School:													
Schooling: Please indicate the state or country student attended school below each grade. Also, please check (✓) the last grade the student completed. Ex.: PA, CT, NY, FL, CA, MEX., P. RICO, etc. Circle any grades repeated.													
PK	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Your child has an appointment to assess his academic knowledge and knowledge of English and/or Spanish on the following date:

NOTE: This appointment time has been scheduled and the time has been exclusively reserved for your child's educational evaluation. Not keeping your appointment time, or arriving late for your scheduled appointment time, will delay the educational programs your child may need. If you are unable to keep this appointment, please call the ESL Office at 484-258-7120 x57987 to schedule a new appointment.

ADDRESS: Reading School District EL Welcome Center English as a Second Language Program 210 Locust Street, Reading, PA 19604 Tel. 484-258-7120 x57983, x57984, x57987 (Behind Central Middle School)

OFFICE USE ONLY	
IEP	Oral Interpreter
ESL	Written Translation

SECRETARY USE ONLY
Secretary Completing Reg:
Student Number:

Enseñanza de Inglés como Segundo Idioma (ESL) Información del Estudiante

TODOS los estudiantes recién inscritos, independientemente de su raza, nacionalidad u origen idiomático, DEBEN completar esta encuesta. La ley federal exige que todas las Agencias de Educación Locales (LEA) realicen encuestas a las familias para identificar cuales estudiantes son potenciales Estudiantes de Inglés (EL) con el fin de proporcionar programas y servicios educativos adecuados.

Encuesta del idioma hablado en casa													
Nombre legal del estudiante como aparece en el certificado de nacimiento:						Fecha de Nacimiento:				Edad:			
Lugar de nacimiento (Estado y Condado):						Idioma que se habla en casa:							
¿Se habla otro idioma además del inglés en el hogar del estudiante? No Sí— Cuál idioma:													
¿Su hijo se comunica en otro idioma además del inglés? No Sí— Cuál idioma:													
¿Cuál es el idioma materno de su hijo?													
Encuesta del programa de inglés como segundo idioma													
Complete las casillas a continuación si su hijo no nació en los Estados Unidos y/o usted seleccionó otro idioma que no sea el inglés en cualquiera de las preguntas anteriores.													
Descendencia del padre del estudiante: (Especifique la etnicidad del padre, PR, MX, Dom)						Descendencia de la madre del estudiante: (Especifique la etnicidad de la madre PR, MX, Dom)							
Nombre de Padre/Tutor del estudiante:						Relación con el estudiante:							
Dirección:						# de Teléfono:							
						Número de teléfono para casos de emergencia:							
Fecha de inscripción:						Escuela:							
Fecha en que el estudiante entró por primera vez a una escuela en los Estados Unidos:													
Escolaridad: Indique el estado o país al que asistió el estudiante en la escuela debajo de cada grado. Además, marque (✓) el último grado que completó el estudiante. Ej.: PA, CT, NY, FL, CA, MEX., P. RICO, etc. Circule cualquier grado que el estudiante haya repetido.													
PK	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Su hijo(a) tiene una cita para evaluar sus conocimientos académicos en inglés y/o en español en la siguiente fecha:

IMPORTANTE: Se le pide que llegue puntual a su cita, puesto que este tiempo ha sido reservado exclusivamente para la evaluación educativa de su hijo/a. No llegar a tiempo o no venir a la cita retrasaría los programas educativos que su hijo/a pudiera necesitar. Si por motivos de emergencia no puede traer a su hijo/a, puede comunicarse a la oficina de ESL al teléfono 484-258-7120 x57987 para darle otra cita.

DIRECCIÓN: Distrito Escolar Reading Centro de Bienvenida Programa de Enseñanza de Inglés como Segundo Idioma 210 calle Locust, Reading, PA 19604 Tel. 484-258-7120 x57983, x57984, x57987 (Detrás de la escuela Intermedia Central)	OFFICE USE ONLY		SECRETARY USE ONLY
	IEP	Oral Interpreter	Secretary Completing Reg:
	ESL	Written Translation	Student Number:

Household Income Survey

Dear Parents/Guardians:

The Reading School District is required to collect and report income information characteristics of our community. The results of this survey help our district to best serve our students and families and meet federal reporting guidelines to determine grants and funding programs for our schools based on needs.

- Completion of this form will not have any impact benefits you receive.
- All information is PRIVATE and CONFIDENTIAL
- Please complete one form per student and return to their school.

Thank you in advance for your participation in this survey.

Student Information		
Student's Full Name:	Student ID:	Date of Birth:
Parent/Guardian Information		
Parent/Guardian 1 Name:	Parent/Guardian 2 Name (if applicable):	
Please check ALL any of the following benefits you currently receive		
☐ SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) – known as Food Stamps	☐ TANF Cash Payments	
☐ WIC (Women, Infants and Children)	☐ LIHEAP (Low Income Energy Assistance Program)	
Household Membership and Income		
Circle the total # of people living in the student's household and indicate to the right if the total household income for the family size is less than or more than the amount shown. Ranges are based on the Federal Poverty Guidelines (200 FPL).		
Total # of People in Household	Household Income Range:	
2	☐ \$40,880 or LESS	☐ MORE than \$40,880,
3	☐ \$51,640 or LESS	☐ MORE than \$51,640
4	☐ \$62,400 or LESS	☐ MORE than \$62,400
5	☐ \$73,160 or LESS	☐ MORE than \$73,160
6	☐ \$83,920 or LESS	☐ MORE than \$83,920
7	☐ \$94,680 or LESS	☐ MORE than \$94,680
8	☐ \$105,440 or LESS	☐ MORE than \$105,440
More Than 8*	Household Size:	Annual Income:
*For families/households with more than 8 persons, add \$5,380 for each additional person.		

Encuesta de Ingresos del Hogar

Estimados padres/tutores:

Se requiere que el Distrito Escolar Reading recopile y reporte las características de información de ingresos de nuestra comunidad. Los resultados de esta encuesta ayudan a nuestro distrito a servir mejor a nuestros estudiantes y familias y cumplir con las pautas federales de informes para determinar las subvenciones y los programas de financiación para nuestras escuelas en función de las necesidades.

- Completar este formulario no tendrá ningún impacto en los beneficios que reciba.
- Toda la información es PRIVADA y CONFIDENCIAL
- Por favor complete un formulario por estudiante y devuélvalo a su escuela.

Gracias de antemano por su participación en esta encuesta.

Información del estudiante		
Nombre Completo del Estudiante:	Identificación del Estudiante:	Fecha de nacimiento:
Información de los padres o encargados		
Nombre de Padre 1:	Nombre de Padre 2:	
Marque cualquiera de los siguientes beneficios que recibe ACTUALMENTE.		
☐ SNAP (Programa suplementario de Ayuda de Nutrición) - conocido como cupones alimenticios	☐ TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, por sus siglas en inglés)	
☐ WIC (Mujeres, Infantes y Niños, por sus siglas en inglés)	☐ LIHEAP (Programa de Asistencia de Energía de Bajos Ingresos, por sus siglas en inglés)	
Miembros del Hogar e Ingresos		
Circule el número total de personas que viven en el hogar del estudiante e indique a la derecha si el ingreso total del hogar para el tamaño de la familia es menor o mayor que la cantidad indicada. Los rangos se basan en las Pautas Federales de Pobreza (200 FPL).		
Número Total de Personas en el Hogar	Rango de Ingresos del Hogar:	
2	☐ \$40,880 o MENOS	☐ MAS de \$40,880
3	☐ \$51,640 o MENOS	☐ MAS de \$51,640
4	☐ \$62,400 o MENOS	☐ MAS de \$62,400
5	☐ \$73,160 o MENOS	☐ MAS de \$73,160
6	☐ \$83,920 o MENOS	☐ MAS de \$83,920
7	☐ \$94,680 o MENOS	☐ MAS de \$94,680
8	☐ \$105,440 o MENOS	☐ MAS de \$105,440
Mas de 8*	Total de Personas que Viven en el Hogar:	Ingreso Anual:
*Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,380 por cada persona adicional.		

Media Permission Form

Student ID:			
Student Full Legal Name, according to birth certificate:			
First	Middle	Last	Suffix
School:		Grade:	
Teacher's Name:		Teacher's Homeroom:	
Video/Audio/Photo Media Coverage Authorization I hereby give permission for my son/daughter to participate and be identified by name in positive video/audio/photos in publications, newspapers, websites, social media, and/or TV related to the Reading School District. ☐ YES ☐ NO			
Parent/Guardian Name:			
Parent/Guardian Signature:		Date:	

Formulario de Permiso para Medios

Identificación de estudiante:			
Nombre LEGAL del estudiante, tal y como aparece en el certificado de nacimiento:			
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo
Escuela:		Grado:	
Nombre del maestro:		Nombre del maestro:	
Autorización de cobertura de Video/Audio/Foto /Medios de comunicación Por este medio doy permiso para que mi hijo / hija participe y se identifique por su nombre en video / audio / fotos positivas en publicaciones, periódicos, sitios web, medios sociales y / o TV relacionados con el Distrito Escolar de Reading. ☐ SI ☐ NO			
Nombre del Padre:			
Firma del Padre:		Fecha:	

Reading School District McKinney-Vento Identification Form

Student Name:	Student ID:	
Student's Current Address:	Phone Number:	
Section A		
1. Are you the parent of this student? a. If yes, Skip to Section B.	☐ Yes ☐ No	
b. If No, and you are an <u>adult</u> enrolling a student on their behalf, please check the appropriate statements below prior to completing section B: ☐ I have been given legal permanent guardianship. ☐ I have an affidavit of support. ☐ I am the student's foster parent. ☐ The student lost the ability to stay in the home and is staying with me to continue education in the same school/District. ☐ The student is living with me to attend school here for educational purposes and opportunities. ☐ The student's parents left the area		
c. If No, and you are a <u>student enrolling without an adult</u> , please check/complete the appropriate statements below and then complete section B: ☐ I lost the ability to stay at home with my parents. ☐ My parents left the area. ☐ I am an independent student. ☐ I have a current lease in my name that is not arranged by an agency or insurance company. ☐ I want the following person to be contacted for emergencies and educational planning:		
Name:	Address:	Phone:
Section B		
Do you have housing of your own or are you sharing housing with others? ☐ We share housing with others and don't own or lease the residence. ☐ We have our own housing, but the lease/rental agreement is supported by an agent or insurance company. ☐ We have our own housing, which we own or pay mortgage or lease that is in my name and not arranged by an agency or insurance company		
Do you have questions about the stability of your housing status? ☐ Yes, I would like to speak to the school social worker. ☐ No, we have permanent housing		
Please note: If you checked 1. a), 1. b), 2. a), 2. b) or 2. c) you and your children have special rights at school under the McKinney-Vento Act. Those rights include: • Staying in the same school even if you move, and receiving transportation to that school, as long as it is in the student's best interest • Enrolling in school immediately without the documents schools usually require • Getting help with school supplies and other needs • Extra support for you if are on your own • Help connecting young children with early childhood services • Appealing the educational placement decision made by the District.		

Formulario de Identificación McKinney-Vento del Distrito Escolar Reading

Nombre del estudiante:		Identificación del estudiante:	
Dirección actual del estudiante:		Número de teléfono:	
Sección A			
1. ¿Es usted el padre de este estudiante?		☐ Sí	
a. Si es así, vaya a la sección B.		☐ No	
b. Si no es así, y usted es un adulto que está inscribiendo al estudiante en su nombre, marque las declaraciones apropiadas antes de completar la Sección B:			
☐ Me dieron la tutela legal permanente. ☐ Tengo una declaración jurada de apoyo. ☐ Soy el padre de crianza temporal del estudiante. ☐ El estudiante perdió la capacidad de quedarse en casa y se queda conmigo para continuar la educación en la misma escuela/distrito. ☐ El estudiante vive conmigo para asistir a la escuela aquí por motivos educativos y oportunidades. ☐ Los padres del estudiante se mudaron del área.			
c. Si no es así, y usted es un estudiante que se inscribe sin estar bajo la tutela de un adulto, marque/complete las declaraciones apropiadas a continuación y luego complete la Sección B:			
☐ Perdí la capacidad de quedarme en casa con mis padres. ☐ Mis padres se mudaron del área. ☐ Soy un estudiante independiente. ☐ Tengo un contrato de arrendamiento actual a mi nombre que no está administrado por una agencia o compañía de seguros. ☐ Quiero que la siguiente persona sea contactada en caso de emergencia y para la planificación educativa:			
Nombre:		Dirección:	
		Teléfono:	
Sección B			
¿Tiene vivienda propia o comparte vivienda con otros?			
☐ Compartimos vivienda con otros y no somos dueños ni arrendamos la residencia. ☐ Tenemos nuestra vivienda propia, pero el contrato de alquiler /renta está administrado por una agencia o compañía de seguros. ☐ Tenemos nuestra vivienda propia, de la cual somos dueños o pagamos hipoteca o alquiler a mi nombre y no está administrado por una agencia o compañía de seguros.			
¿Tiene preguntas sobre la estabilidad de su situación de vivienda?			
☐ Sí, me gustaría hablar con el trabajador social de la escuela. ☐ No, tenemos vivienda permanente.			
Tenga en cuenta: Si marcó 1. a), 1. b), 2. a), 2. b) or 2. c) usted y sus hijos tienen derechos especiales en la escuela bajo la Ley McKinney-Vento. Esos derechos incluyen: • Permanecer en la misma escuela incluso si se mudan y recibir transporte a esa escuela, siempre que sea en el mejor interés del estudiante. • Inscribirse en la escuela de inmediato sin los documentos que las escuelas suelen requerir. • Obtener ayuda con útiles escolares y otras necesidades. • Apoyo adicional para usted si está solo. • Ayuda para asistir a los niños pequeños con servicios de educación temprana. • Apelar la decisión de ubicación educativa tomada por el Distrito.			

Section C.	
I would like to speak to a School Social Worker or the School Counselor about the McKinney-Vento rights.	☐ Yes ☐ No
Section D (only complete if student is not with parent)	
Do you have an IEP or 504 Plan?	☐ Yes ☐ No
All of the information that I have provided is true to my knowledge.	
Student Signature:	Date:
Parent/Guardian/Contact Signature:	Date:
Office Use Only	
Please initial and date on appropriate lines:	
A referral to the McKinney-Vento Liaison is indicated if there are checks to one or more statements, 1. a), 1. b), 2. a), 2. b) or 2. c) in Section B and yes answers to one or both questions in Section C. This form was sent to the McKinney-Vento Liaison.	Date:
Student has an IEP. This form was forwarded form to Spec. Ed. Department Chair and/or PC.	Date:
Student has a 504. This form was forwarded to the School Counselor and School Nurse	Date:
Immediately enrolled student with all of the appropriate documents. OR	Date:
Immediately Enrolled student although they are missing the following documents: ☐ Proof of Residency ☐ Birth Certificate ☐ Immunization Record	Date:

Sección C.	
Me gustaría hablar con un trabajador social o un consejero de la escuela sobre los derechos bajo la ley McKinney-Vento.	☐ Sí ☐ No
Sección D (sólo complete si el estudiante no está con los padres)	
¿Tiene un PEI o un Plan 504?	☐ Sí ☐ No
Toda la información que he proporcionado es verdadera según mi conocimiento.	
Firma del estudiante:	Fecha:
Firma del padre/tutor/contacto:	Fecha:
Office Use Only	
Please initial and date on appropriate lines:	
A referral to the McKinney-Vento Liaison is indicated if there are checks to one or more statements, 1. a), 1. b), 2. a), 2. b) or 2. c) in Section B and yes answers to one or both questions in Section C. This form was sent to the McKinney-Vento Liaison.	Date:
Student has an IEP. This form was forwarded form to Spec. Ed. Department Chair and/or PC.	Date:
Student has a 504. This form was forwarded to the School Counselor and School Nurse	Date:
Immediately enrolled student with all of the appropriate documents. OR	Date:
Immediately Enrolled student although they are missing the following documents: ☐ Proof of Residency ☐ Birth Certificate ☐ Immunization Record	Date:

Health Services Department: Health Room Emergency Information

Student Name _____ Birthdate _____ ☐ Male ☐ Female

Grade _____ Student ID _____ School Year ____ - ____ Teacher/Homeroom _____

Home Address _____ Parent Cell _____

Are you sharing your housing with other families? (Circle One) Yes No Home Phone _____

Mother _____ Email _____ Cell # _____ Work # _____

Father _____ Email _____ Cell # _____ Work # _____

Guardian _____ Email _____ Cell # _____ Work # _____

Preferred Method of Non-emergent Communication ☐ Email ☐ Phone Home Language _____

Child lives with ☐ Both parents ☐ Father ☐ Mother ☐ Other _____

Emergency Contacts (Other Than Parents) must be local and available to be contacted

Name _____ Relationship to Child _____ Cell # _____ Work # _____

Name _____ Relationship to Child _____ Cell # _____ Work # _____

Child's Doctor/Clinic _____ Office Phone # _____

Medical Insurance ☐ MA ☐ Chip ☐ Private _____ Vision Insurance ☐ Yes ☐ No Dental Insurance ☐ Yes ☐ No

Please circle yes or no below giving permission for the school nurse to give your child medication in school:

Acetaminophen (Tylenol)	YES	NO
Allergy Eye Drops	YES	NO
Antacid Tablets (Tums)	YES	NO
Benadryl (for hives)	YES	NO
Honey	YES	NO
Ibuprofen (Advil, Motrin)	YES	NO
Kaopectate (6 th -12 th grade only)	YES	NO
Immodium (age 6 yrs and older)	YES	NO

Per Standing Orders from the School Physician

Please CIRCLE the following if your child:

Wears: Glasses Hearing Aid

Has: Seizures Diabetes Asthma ADHD

Other Health Problems: _____

List Allergies: _____

Does your child take medication? YES NO

Name of medication at home	Dose	Time

Medication needed at school (a new order is needed each school year)

Name of medication	Dose	Time

Is your child prescribed an epipen? YES NO Inhaler? YES NO

Sibling Information

Name	Grade	School	Name	Grade	School

Important: Please check which hospital you prefer if your child needs to be transported by ambulance in the event of serious emergency. Your signature gives permission for emergency treatment; as well as for RSD School Nurses to administer life-saving epinephrine and albuterol, as well as medications you indicate on this emergency card, during school hours, on field trips and after school activities. Trained personnel may administer life-saving epinephrine. I understand that I have the option to opt-out of such measures by meeting with the RSD School Nurse and completing the Emergency Epinephrine Opt-Out Form. ****Parent Signature** _____ Date _____

☐ Tower Health/ Reading Hospital

☐ Penn State Health/St. Joseph's Hospital

Release of Health Information: I hereby request and authorize RSD School Nurses to engage in verbal or written communication with health care providers concerning the areas checked below. I acknowledge that all information authorized to be released or requested will be held strictly confidential and cannot be released by the recipient without additional written consent. I understand this authorization will expire 1 calendar year after the date signed. A copy of this authorization is valid in lieu of the original. I further understand I may withdraw my consent at any time.

☐ Immunizations ☐ Physical Exam Documentation ☐ Attendance ☐ Treatment Plans for Chronic and Acute Illness ☐ Dental

☐ Psychological and/or Psychiatric Evaluations

☐ Other _____

****Parent Signature** _____

Date _____

Departamento de Servicios de Salud: Información de Emergencia para la Enfermería

Estudiante _____ Fecha de Nac. _____ ☐ Hombre ☐ Mujer

Apellido _____ Nombre _____

Grado _____ ID del Estudiante _____ Año Escolar _____ - _____ Maestro/salón Hogar _____

Dirección del Hogar _____ Cel. de Padre _____

¿Comparte su vivienda con otros familiares? (Circule uno) ☐ Sí ☐ No Tel. del Hogar _____

Madre _____ Correo Electrónico _____ Cel. # _____ Trabajo # _____

Padre _____ Correo Electrónico _____ Cel. # _____ Trabajo # _____

Encargado _____ Correo Electrónico _____ Cel. # _____ Trabajo # _____

Método de preferencia para la comunicación que no sea emergencia ☐ C. Electrónico ☐ Tel. Idioma del Hogar _____

Estudiante vive con ☐ Ambos Padres ☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro _____

Contactos de Emergencia (Otra persona aparte de los padres) debe vivir local y estar disponible para contactar.

Nombre _____ Relación con estudiante _____ Cel. # _____ Trabajo # _____

Nombre _____ Relación con estudiante _____ Cel. # _____ Trabajo # _____

Doctor/Clínica del estudiante _____ Tel. de la oficina # _____

Seguro Médico ☐ MA ☐ Chip ☐ Privado _____ Seguro de visión ☐ Sí ☐ No Seguro Dental ☐ Sí ☐ No

Por favor circule Si o No para dar permiso a que la enfermera de la escuela administre a su hijo medicamentos en la escuela:

Acetaminofén (Tylenol)	☐ Sí	☐ NO
Gotas para alergia en los ojos	☐ Sí	☐ NO
Tabletas antiácido (Tums)	☐ Sí	☐ NO
Benadryl (para las ronchas)	☐ Sí	☐ NO
Miel	☐ Sí	☐ NO
Ibuprofen (Advil, Motrin)	☐ Sí	☐ NO
Kaopectate (solamente en grados 6 ^{to} -12 ^{to})	☐ Sí	☐ NO
Imodium (6 años y mayores)	☐ Sí	☐ NO

Por orden permanente del consultor médico de la escuela

Por favor CIRCULE la información si aplica a su hijo:

Usa: lentes Audífonos

Tiene: Convulsiones Diabetes Asma ADHD

Otros problemas de salud: _____

Menciones las alergias que tiene: _____

¿Su hijo toma medicamentos? ☐ Sí ☐ NO

Medicamento que toma en la casa	Dosis	Hora

Medicamento que necesita en la escuela (Se necesita una nueva receta cada año)

Medicamento que toma en la casa	Dosis	Hora

¿Su hijo tiene recetado un epipen? ☐ Sí ☐ NO ¿Inalador? ☐ Sí ☐ NO

Información de los Hermanos

Nombre	Grado	Escuela	Nombre	Grado	Escuela

Importante: Compruebe cual hospital prefiere si su hijo necesita ser trasladado en ambulancia en caso de una emergencia grave. Su firma da permiso para tratamiento de emergencia; así como para que las enfermeras del Distrito Escolar de Reading puedan administrar epinefrina y albuterol que salvan vidas, así como los medicamentos que usted indica en esta tarjeta de emergencia, durante las horas escolares, en excursiones y después de las actividades escolares. El personal capacitado puede administrar epinefrina para salvar vidas. Entiendo que tengo la opción de optar por no tomar esas medidas reuniéndome con la enfermera escolar del Distrito Escolar de Reading y completar el formulario de exclusión de emergencia de epinefrina.

. ****Firma de padre/Encargado** _____ Fecha _____

☐ Tower Health/ Reading Hospital

☐ Penn State Health/St. Joseph's Hospital

Divulgación de información médica: Por la presente solicito y autorizo a las enfermeras del Distrito Escolar de Reading a participar en comunicaciones verbales o escritas con los proveedores de atención médica sobre las áreas que se detallan a continuación. Reconozco que toda la información autorizada para ser divulgada o solicitada se mantendrá estrictamente confidencial y no podrá ser divulgada por el destinatario sin un consentimiento adicional por escrito. Entiendo que esta autorización vencerá en 1 año después de la fecha firmada. Una copia de esta autorización es válida en lugar del original.

Además, entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento

☐ Inmunizaciones ☐ Documentación de Examen Físico ☐ Asistencia ☐ Planes de tratamientos para enfermedades crónicas y graves

☐ Dental ☐ Evaluación psicológica y/o psiquiátrica ☐ Otro _____

****Firma de padre/Encargado** _____ **Fecha** _____

Student Health History

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ Today's date: _____

Gender: ☐ Male ☐ Female Does student have: IEP? ☐ Yes ☐ No 504: ☐ Yes ☐ No Prior School: _____

Medicines and Allergies: Please list all prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal/nutritional) the student is currently taking:

Does the student have any allergies? ☐ No ☐ Yes (If yes, list specific allergy and reaction.) Epipen? ☐ Yes ☐ No
☐ Medicines ☐ Food ☐ Bee Stings

Complete the following section with a check mark in the YES or NO column; circle questions you do not know the answer to.

GENERAL HEALTH: Has the student...	Yes	No
1. Any ongoing medical conditions? If so, please identify: ☐ Arthritis ☐ ADHD ☐ Asthma ☐ Anemia ☐ Cerebral Palsy ☐ Cystic Fibrosis ☐ Diabetes ☐ Seizure disorder ☐ Sickle Cell ☐ Spina Bifida ☐ Tourettes syndrome ☐ Other _____		
2. Ever stayed more than one night in a hospital?		
3. Has ever had chicken pox. Age: _____		
4. Ever had surgery?		
HEAD/NECK/SPINE: Has the student...	Yes	No
1. Had frequent headaches/migraines?		
2. Ever had a head injury or concussion?		
3. Ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache or memory problems?		
4. Noticed or been told he/she has a curved spine or scoliosis?		
5. Had any problem with his/her eyes (vision) or had history of eye injury?		
6. Been prescribed glasses or contact lenses?		
7. Has had hearing loss?		
HEART/LUNGS: Has the student...	Yes	No
8. Ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
9. Ever had the doctor say he/she has a heart problem? If so, check all that apply: ☐ Heart Murmur ☐ High Blood Pressure ☐ Kawasaki disease ☐ High Cholesterol ☐ Other _____		
BONE/JOINT: Has the student...	Yes	No
10. Had a broken or fractured bone, stress fracture, or dislocated joint?		
11. Had an injury to a muscle, ligament or tendon?		
12. Had joints become painful, swollen, feel warm or look red?		
SKIN: Has the student...	Yes	No
13. Had any rashes, pressure sores or other skin problems?		
14. Ever had eczema?		

GENITOURINARY/GASTROINTESTINAL: Has the student...	Yes	No
15. Had gastrointestinal disorder?		
16. Had history of incontinence (soiling self)?		
17. FEMALES ONLY: Had menstrual period		
DENTAL: Has the student...	Yes	No
18. Has had any pain or problems with gums or teeth		
19. Name of student's dentist: _____ Last dental visit date: _____		
SOCIAL/LEARNING: Has the student...	Yes	No
20. Been told he/she has a learning disability, intellectual or developmental disability, cognitive delay, ADD/ADHD etc?		
21. Been bullied or experienced bullying behavior		
22. Experienced major grief, trauma, incarcerated caregiver or other significant life events?		
23. Exhibited significant changes in behavior, social relationships, grades, eating or sleeping habits; withdrawn from family or friends?		
24. Been worried, sad, upset, or angry much of the time?		
25. Shown a general loss of energy, motivation, interest or enthusiasm		
26. Had concerns about weight: been trying to gain or lose weight or received a recommendation to gain or lose weight?		
27. Used (or currently uses) tobacco, alcohol or drugs?		
28. Exhibited self-harm tendencies (cutting)?		
29. Had excessive absences or been truant?		
ADDITIONAL INFORMATION:	Yes	No
30. Are there any questions or concerns that the student, parent or guardian would like to discuss with the Certified School Nurse?		
OTHER:		

I hereby certify that to the best of my knowledge all of the information is true and complete. I give my consent for an exchange of health information between the school nurse and health care providers.

Signature of parent / guardian / emancipated student _____ Date _____

Adapted in part from the *Pre-participation Physical Evaluation History Form*; ©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

Historial de Salud del Estudiante

Nombre del alumno: _____ Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ¿Tiene el estudiante un: PEI? ☐ Sí ☐ No 504: ☐ Sí ☐ No Escuela anterior: _____

Medicamentos y alergias: enumere todos los medicamentos sin receta y suplementos (a base de hierbas/nutricionales) que el alumno toma actualmente:

¿Tiene el alumno alguna alergia? ☐ No ☐ Sí (Si la respuesta es sí, enumere las alergias y reacciones específicas). Epipen? ☐ Sí ☐ No
☐ Medicamentos ☐ Alimentos ☐ Picadura de Insectos

Complete la siguiente sección con una marca en las columnas Si o No; encierre en un círculo aquellas preguntas cuya respuestas desconoce.

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD: El alumno...	Sí	No
1. ¿Tiene alguna afección médica permanente? Si es así, nómbrela: ☐ Artritis ☐ ADHD ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Parálisis Cerebral ☐ Fibrosis Quística ☐ Diabetes ☐ Trastorno de convulsiones ☐ Célula Falciformes ☐ Espina Bífida ☐ Síndrome tourettes ☐ Otro _____		
2. ¿Alguna vez ha pasado más de una noche internado?		
3. ¿Ha tenido varicela? Edad: _____		
4. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?		
CABEZA/CUELLO/COLUMNA VERTEBRAL: El alumno...	Sí	No
1. ¿Ha tenido dolores de cabeza/migrañas frecuente?		
2. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión o contusión en la cabeza?		
3. ¿Alguna vez ha tenido un golpe a la cabeza que le haya causado confusión, dolores de cabeza prolongados o problemas de memoria?		
4. ¿Ha notado o se le ha informado que tiene la columna vertebral curvada o con escoliosis?		
5. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos (visión) o antecedentes de lesión en un ojo?		
6. ¿Usa anteojos o lentes de contacto recetados?		
7. ¿Ha tenido pérdida de audición?		
CORAZON/PULMONES: El alumno...	Sí	No
8. ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?		
9. ¿Alguna vez ha tenido un diagnóstico médico de problemas de corazón? Si es así, marque lo que corresponda: ☐ Sopro cardíaco ☐ Hipertensión arterial ☐ Enfermedad de Kawasaki ☐ Colesterol alto ☐ Otro _____		
HUESOS/ARTICULACIONES: El alumno...	Sí	No
10. ¿Ha tenido una quebradura o fractura, fractura por fatiga o una articulación dislocada?		
11. ¿Ha tenido una lesión en un músculo, ligamento o tendón?		
12. ¿Ha sentido dolor inflamación, calor o enrojecimiento en articulaciones?		
PIEL: El alumno...	Sí	No
13. ¿Ha tenido sarpullidos, úlceras por presión u otros problemas cutáneos?		
14. ¿Ha tenido eczema?		

APARATO GENITOURINARIO/GASTROINTESTINAL: El alumno...	Sí	No
15. ¿Ha tenido trastorno gastrointestinal?		
16. ¿Ha tenido historia de la incontinencia (o de orinarse encima/cama)?		
17. SOLO PARA MUJERES: ¿Ha tenido el periodo menstrual?		
DENTAL: El alumno...	Sí	No
18. ¿Ha tenido algún dolor o problemas en las encías o dientes?		
19. Nombre del dentista del alumno: _____ Última visita al dentista ☐ menos de un 1 año ☐ entre 1 y 2 años ☐ más de 2 años		
CONDUCTA SOCIAL/APRENDIZAJE: El alumno...	Sí	No
20. ¿Ha recibido un diagnóstico de discapacidad del aprendizaje, discapacidad intelectual o del desarrollo, retraso cognitivo, TDA/TDAH etc.?		
21. ¿Ha sido víctima de intimidación o ha experimentado comportamientos relacionados con la intimidación?		
22. ¿Ha experimentado sufrimiento, trauma, encarcelación u otros acontecimientos de vida importantes?		
23. ¿Ha mostrado cambios importantes en su comportamiento, sus relaciones sociales, sus calificaciones, sus hábitos de alimentación o de sueño, o se ha mostrado introvertido con familiares o amigos?		
24. ¿Ha estado preocupado, triste disgustado o enojado la mayor parte del tiempo?		
25. ¿Ha mostrado pérdida general de energía, motivación, interés o entusiasmo?		
26. ¿Ha tenido inquietudes sobre el peso: ha tratado de aumentar o bajar de peso, o ha recibido una recomendación de subir o bajar de peso?		
27. ¿Ha consumido (o consume actualmente) tabaco, alcohol o drogas?		
28. ¿Ha demostrado tendencia a lastimarse así mismo (cortarse)?		
29. ¿Ha tenido ausencias en excesivas?		
INFORMACIÓN ADICIONAL:	Sí	No
30. ¿Existen preguntas o inquietudes que el alumno, padre madre o encargado quisieran hablar acerca de con el/la Enfermera Certificada de la Escuela?		
OTRO:		

Por el presente, certifico que según mi leal saber y entender, toda la información es verdadera y complete. Doy mi consentimiento para el intercambio de información médica entre el personal de enfermería de la Escuela y los proveedores de atención médica. I hereby certify that to the best of my knowledge all of the information is true and complete. I give my consent for an exchange of health information between the school nurse and health care providers.

Firma del Padre/Madre/Encargado/Alumno emancipado _____ Fecha _____

Department of Health Services Tuberculosis Screening and Communicable Disease Questionnaire

Student Name: _____ Date of Birth: _____

The Pennsylvania School Code requires tuberculosis skin testing to all newly registering students and all 9th graders on a regular schedule. The American Thoracic Society, the Centers for Disease Control, and the American Academy of Pediatrics recommend routine testing be eliminated and only students who may be at risk for tuberculosis continue to be screened. The following questions will help to determine whether your child is considered high risk for acquiring tuberculosis.

Due to an increase in illnesses associated with travel to particular areas, the following questions will help determine whether your child, or family, is at higher risk for these illnesses.

Please answer each question.

	Yes	No
Has your child had any contact with any adult with infectious tuberculosis?		
Are you or your child foreign born or does anyone in your family travel outside the U.S.? Regions that are especially at high risk are Latin America, Mexico, Philippines, Caribbean Islands, Asia, and Africa.		
Does your child have any of the following medical risk factors: Hodgkin's Disease, Lymphoma, Diabetes Mellitus, Chronic Renal Failure, or malnutrition?		
Is your child frequently exposed to adults in any of the following groups: residents of nursing homes, migrant farm workers, IV drug users, homeless individuals, or incarcerated adolescents or adults?		
Have you or your child recently traveled to an area with Zika?		
Have you or your child recently traveled to an area with Ebola?		
In the last 21 days , have you or your child been in contact with anyone suspected or diagnosed with COVID-19?		
Is your child currently experiencing fever, severe headache, rash, red eyes, muscle pain, joint pain, vomiting, diarrhea, unexplained bleeding, bruising, cough, or shortness of breath?		

Parent / Guardian Signature: _____ Date: _____

Health Services Use Only:

Screening tool Review Date: _____ CSN Signature: _____

Referral to PCP or PA Department of Health Indicated? Yes ___ No ___

Comments: _____



Departamento de Servicios de Salud Evaluación de tuberculosis y Cuestionario de enfermedades contagiosas

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

El Código Escolar de Pensilvania requiere que todos los estudiantes de nuevo ingreso y de 9º grado se hagan un examen de tuberculosis de la piel. La Sociedad Torácica Americana, los Centros para el Control de Enfermedades, y la Academia Americana de Pediatría están recomendando que el examen de rutina sea eliminado y que únicamente los estudiantes que estén bajo riesgo de sufrir de tuberculosis continúen siendo examinados. Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si su niño tiene un alto riesgo de contraer tuberculosis.

Debido a un incremento de las enfermedades asociadas a viajes a ciertas áreas particulares, las siguientes preguntas ayudarán a determinar si su niño o la familia tienen un mayor riesgo de contraer estas enfermedades.

Por favor conteste todas las preguntas.

	Sí	No
¿Ha estado su niño en contacto con un adulto que tiene tuberculosis?		
¿Nació usted o su niño en el extranjero o alguien de su familia viaja fuera de los Estados Unidos? Las regiones que se encuentran especialmente en alto riesgo son América Latina, México, Filipinas, las Islas del Caribe, Asia y África.		
¿Tiene su niño alguno de los siguientes factores de riesgo médico: enfermedad de Hodgkin, linfoma, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica o desnutrición?		
¿Está su niño frecuentemente expuesto a adultos de cualquiera de los siguientes grupos: residentes de hogares de ancianos, trabajadores agrícolas migratorios, usuarios de drogas intravenosas, personas sin hogar y adolescentes o adultos encarcelados?		
¿Ha viajado su niño o usted recientemente a un área donde hay Zika?		
¿Ha viajado su niño o usted recientemente a un área donde hay Ébola?		
En los últimos 21 días , ¿ha tenido usted o su niño contacto con alguien que se sospecha que tenga o que haya sido diagnosticado con COVID-19?		
¿Tiene su niño en este momento fiebre, dolor de cabeza intenso, sarpullido, ojos rojos, dolor muscular, dolor en las articulaciones, vómito, diarrea, sangrado inexplicable, moretones, tos o falta de aire?		

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Para uso del Departamento de Servicios de Salud:

Screening tool Review Date: _____ CSN Signature: _____

Referral to PCP or PA Department of Health Indicated? Yes ___ No ___

Comments: _____





**STUDENT HEALTH SERVICES DEPARTMENT
SCHOOL HEALTH SERVICES AND STUDENT HEALTH RECORDS
MEMORANDUM OF UNDERSTANDING**

Student Name: _____
Last First Middle

I understand that the Reading School District Health Services staff will work with my child and me to ensure wellness and good health habits.

I understand that the Reading School District provides school health services as required by the School Code and Department of Health including:

Vision Screening Grades PK – 12

Hearing Screening Grades PK – 3, 7, 11

Growth Screening Grades PK – 12

Scoliosis Screening Grades 6, 7

Dental Evaluations Grades 1, 3, 7

Physical Examinations Grades K, 7, 10, upon entry into Reading School District

*Parents / guardians are encouraged to have the physical completed by the child's primary health care provider.

I understand that I will be notified and my written permission requested for dental and physical examinations. I will be notified in writing prior to scoliosis screening.

I understand that I will be notified of recommendations for further evaluations as a result of screening or examinations that are not within normal ranges. If I do not receive notification of screening results, further evaluation is not recommended. I may contact the Certified School Nurse at any time for information about my child's screening results.

I understand that the information I give to the Certified School Nurse is important for the school staff to understand and support the health and education of my child.

I understand that the information will be confidential by the Health Services Department staff and may be shared with other professionals in the school only when it is required as part of a comprehensive evaluation and in the best interest of the child's health and education.

I understand that my written permission is required to share my child's health record with any other institution or agencies with the exception of immunization records.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Witness Signature: _____ **Date:** _____



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL ESTUDIANTE MEMORÁNDUM DE ENTENDIMIENTO PARA PADRES SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR Y EXPEDIENTE DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Comprendo que el personal de Servicios de Salud del Distrito Escolar de Reading trabajará con mi hijo y conmigo para asegurar el bienestar y los buenos hábitos de salud.

Comprendo que el Distrito Escolar de Reading proveerá servicios de salud escolar, como lo requiere el Código Escolar y el Departamento de Salud, lo cual incluye lo siguiente:

Examen de la Vista grados PK – 12

Examen Auditivo grados PK – 3, 7, 11

Examen de Crecimiento grados PK – 12

Escoliosis grados 6, 7

Evaluación Dental grados 1, 3, 7

Exámenes Físicos grados K, 7, 10, en cuanto entren al Distrito Escolar de Reading

*Se recomienda a todos los padres/encargados a que hagan el examen físico de sus hijos con su doctor familiar o pediatra del niño.

Comprendo que seré notificado y mi permiso escrito solicitado para exámenes dentales y físicos. Seré notificado por escrito, antes de la evaluación para escoliosis.

Comprendo que seré notificado de las recomendaciones para evaluaciones más profundas, como un resultado de las evaluaciones o exámenes que no se encuentren dentro de los rangos normales. Si no recibo una notificación de los resultados, eso indicará que no se recomienda una evaluación más profunda. Puedo contactar a la enfermera escolar en cualquier momento, para pedir información de los resultados de las evaluaciones o exámenes mi hijo.

Comprendo que la información que doy a la Enfermera Escolar es importante para que el personal escolar comprenda y apoye la salud y educación de mi hijo.

Comprendo que la información será confidencial para el personal del Departamento de Servicios de Salud y puede ser intercambiada con otros profesionales en la escuela, únicamente cuando ésta es requerida como parte de una evaluación extensa y en el mejor interés de la salud y educación de mi hijo.

Comprendo que mi permiso por escrito es requerido para intercambiar el expediente de salud de mi hijo, con otras instituciones o agencias; con la excepción del expediente de vacunas.

Firma del Padre/Encargado: _____ **Fecha:** _____

Firma del Testigo: _____ **Fecha:** _____

STUDENT HEALTH SERVICES DEPARTMENT MEDICATION ADMINISTRATION NOTICE

Parents and Guardians,

For the safety and health of your child, _____
Last First Middle

the Board of Directors of the Reading School District passed a Medication Policy to direct the administration of medication to students during school hours, field trips, before and after school programs and summer programs.

Ideally, all medication should be given at home. If the attendance and education of a student is dependent upon receiving medication while at school, the parents/guardians and student must comply with the required procedures.

Each school year, parents and guardians must:

- Get a written medication order from a licensed health care provider.
- Provide written permission for administration of the medication at school.
- **Bring all medications to the health room in the labeled pharmacy container. Students MAY NOT carry medication to school (*see note below).**
- Supply all equipment needed to administer the medication.
- Send only a 30 day supply of medication to school.

Parents / Guardians may provide written permission for over the counter medications supplied by the Reading School District by completing the emergency card upon enrollment and annually.

All medication will be:

- Administered only by Certified School Nurses or licensed health care providers.
- Kept in a secured, locked place in the school's health room.

***Emergency medications:** Inhalers, epinephrine kits, glucose tablets / glucagon:

- May be carried by students with physician orders, parent permission and upon review of the student's ability to administer the medication by the Certified School Nurse.
- May be given by non-licensed staff trained in emergency treatment of students needing inhalers and / or epinephrine.

Students who do not follow aspects of the policy related to the carrying and use of medications at school may be disciplined according to Reading School District policy.

I have read this notice and understand the policy and procedures for medication administration to students:

Parent / Guardian Signature: _____ **Date:** _____

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL ESTUDIANTE

AVISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Padres y Encargados,

Por la seguridad y salud de su hijo, _____,
Apellido Nombre

la Junta de Directores del Distrito Escolar de Reading ha aprobado una regla para conducir la administración de medicamentos a los estudiantes, durante las horas escolares, excursiones y durante los programas para antes, después de la escuela, así como los programas de verano.

Idealmente, todos los medicamentos deben administrarse en casa. Si la asistencia y educación de un estudiante, depende de recibir los medicamentos mientras está en la escuela, los padres/encargados y el estudiante deben obedecer el procedimiento requerido.

Cada año escolar, los padres y encargados deben:

- Obtener una orden escrita de medicamentos de un médico con licencia.
- Proveer un permiso escrito a la escuela, para la administración de medicamentos.
- **Traer todos los medicamentos a la enfermería en sus envases originales correctamente identificados con las etiquetas de la farmacia. Los estudiantes no pueden cargar consigo sus medicamentos a la escuela (*vea la nota inferior).**
- Supla todo el equipo necesario para administrar los medicamentos.
- Mande a la escuela el medicamento necesario para 30 días.

Los padres/encargados pueden proveer un permiso escrito para medicamentos que no necesitan receta médica, que el Distrito Escolar de Reading puede proveer, la tarjeta de emergencia que se llena, al principio de cada año escolar y anualmente.

Todos los medicamentos serán:

- Administrados únicamente por la Enfermera Certificada o un Médico con licencia.
- Conservados en un lugar seguro, con candado en la enfermería.

***Medicamentos de Emergencia:** Inhaladores, estuches de epinephrine, tabletas de glucosa/glucagon:

- El estudiante podría cargar consigo su medicamento de emergencia, con una orden del médico, un permiso de los padres, siempre y cuando la enfermera certificada revise la habilidad del estudiante para administrar sus propios medicamentos.
- Podría ser administrada por un miembro del personal que no tiene licencia, pero que ha recibido entrenamiento en tratamiento de emergencia para los estudiantes en necesidad de inhaladores o epinephrine.

Los estudiantes que no obedezcan los aspectos de las reglas relacionadas a cargar consigo medicamentos durante la escuela, serán disciplinados en acuerdo con las pautas que el Distrito Escolar de Reading ha establecido.

He leído éste aviso y comprendo las reglas y procedimientos para la administración de medicamentos a los estudiantes:

Firma del Padre/Encargado: _____ **Fecha:** _____

Health Services Department

Physical Exams are Required by Pennsylvania School Code in:

- ☐ Kindergarten (exam date must be after age 4)
☐ 7th Grade
☐ 10th Grade
☐ upon entering the Reading School District (an appointment is required within 3 months of enrollment)

A copy of the physical completed within a 14 month period prior to the above grade level is accepted with the exception of Kindergarten

Reading School District requires a copy of a physical exam at the grade level above prior to your child participating in school field trips.

Please inform the School Nurse when an appointment is scheduled.

If you are unable to obtain insurance for your child, contact the Certified School Nurse for additional information in meeting this requirement.

Anne Fisher, M.Ed., BSN, RN, CSN
Director of Student Support Services

Please sign and return this portion to the Certified School Nurse.

☐ My child has a physical exam scheduled on this date: _____ at this location: _____
_____. I understand I must provide a copy of the physical exam to the Certified School Nurse upon completion of this well exam.

☐ Within 3 months of enrollment, I will make an appointment at this location: _____, and I understand I must provide a copy to the Certified School Nurse upon completion of this well exam.

☐ I would like to be contacted by the Certified School Nurse about health insurance.

Parent Signature _____ Date _____

Departamento de Servicios de Salud

Los exámenes físicos son un requisito del código escolar de Pensilvania en:

- ☐ Kindergarten (el examen físico debe ser después de los 4 años de edad)
- ☐ 7^{mo} grado
- ☐ 10^{mo} grado
- ☐ al entrar al Distrito Escolar de Reading (se requiere tener cita dentro de 3 meses después de la inscripción)

Una copia del examen completado dentro de un período de 14 meses antes de los grados mencionados arriba es aceptable exceptuando al Kindergarten.

El Distrito Escolar de Reading requiere una copia del examen físico al nivel de grado mencionado arriba antes que su hijo pueda participar en las excursiones escolares.

Por favor infórmese a la enfermera escolar cuando la cita ha sido programada.

Si no puede obtener seguro para su hijo, contacte a la enfermera escolar para información adicional para cumplir con este requisito.

Anne Fisher, M.Ed., BSN, RN, CSN
Directora de Servicios de Apoyo al Estudiante

Por favor, firme y regrese esta parte a la enfermera certificada de la escuela.

☐ Mi hijo(a) tiene una cita programada para la siguiente fecha: _____ en este lugar: _____. Entiendo que debo proveer una copia del examen físico a la enfermera certificada escolar una vez que se haya completado el examen físico de salud.

☐ Dentro de 3 meses después de la inscripción, haré una cita en este lugar: _____, y entiendo que debo proveer una copia a la enfermera certificada de la escuela una vez se complete el examen físico.

☐ Deseo contactar a la enfermera certificada de la escuela en referencia al seguro de salud.

Firma de Padre /Encargado _____ Fecha _____

PARENTS / GUARDIANS – PLEASE KEEP THIS INFORMATION

The PA Department of Health has immunization requirements for all students in the Reading School District. **Please provide an up to date list of immunizations for your child. Please take this notification to the health care provider to ensure immunizations records are complete for school attendance.** The PA Department of Health requires a student to show proof of vaccination. Immunizations are required for school attendance. You will be contacted by the Certified School Nurse if your child needs immunizations.

Free Immunizations are available at:

Berks Visiting Nurse Association 610-378-0481 Ext. 3294
Department of Health 610-378-4377

You may also contact your Health Care Provider

All students are required to have:

4 doses of Diphtheria, Tetanus and Pertussis OR per ACIP guidelines

4 doses of Polio OR per ACIP guidelines

2 doses of Measles, Mumps, Rubella (in combined form)*

3 doses of Hepatitis B

2 doses of Varicella*

***Immunity can be proven with laboratory titers or a note from a health care provider documenting disease.**

Student entering/attending 7th – 12th grade need the following:

1 dose of Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis (Tdap) (after the age of 10 years)

1 dose of Meningococcal Conjugate Vaccine (MCV) (after the age of 10 years)

Student entering/attending 12th grade or at the age of 18 years need the following.

1 additional dose of Meningococcal Conjugate Vaccine (MCV)

(documentation of a dose on or after the age of 16 is acceptable)

Thank you for working together with us to protect our children from vaccine preventable diseases. Please contact the Certified School Nurse regarding any questions, or to facilitate help with this process.

Kind Regards,

Anne Fisher, M.Ed., BSN, RN, CSN

Director of Student Support

School Nurse: _____

Telephone #: _____

Fax: _____

Email: _____

PADRES / ENCARGADOS – POR FAVOR MANTENGAN ESTA INFORMACIÓN

El Departamento de Salud de Pensilvania tiene requisitos de inmunización para todos los estudiantes del Distrito Escolar de Reading. **Por favor provea el historial de inmunizaciones al día de su hijo. Por favor lleve esta notificación a su doctor para asegurar que el historial de inmunizaciones se encuentra completo para asistir a la escuela.** El Departamento de Salud requiere que el estudiante muestre su prueba de inmunizaciones. Las inmunizaciones son requisito para asistir a la escuela. La enfermera escolar le contactará a usted si su hijo(a) necesita inmunizaciones.

Usted puede recibir vacunas gratis a través de las siguientes entidades:

Asociación de Enfermeras Berks 610-378-0481 Ext. 3294

Departamento de Salud 610-378-4377

También usted puede contactar a su médico de cabecera.

Se requiere que todos los estudiantes tengan:

4 dosis de Difteria, Tétanos y Pertusis (de acuerdo con las directrices de ACIP)

4 dosis de Polio (de acuerdo con las directrices de ACIP)

2 dosis de Sarampión, Papera, Rubeola (en forma combinada)*

3 dosis de Hepatitis B

2 dosis de Varicela*

*La inmunidad puede ser comprobada con un título del laboratorio o una nota del doctor documentando la enfermedad.

Los estudiantes que están entrando al 7^{mo}- 12^{vo} grado necesitan lo siguiente:

1 dosis de Tétano, Difteria y Pertussis Acelular (Tdap) (después de cumplir 10 años)

1 dosis de Meningitis (Meningococo) (MCV) (después de cumplir 10 años)

Los estudiantes que están entrando al 12^{vo} grado o tienen 18 años necesitan:

1 dosis adicional de vacuna Conjugada contra el Meningococo (MCV)

(se acepta la documentación de la dosis en o después de cumplir los 16 años)

Gracias por trabajar junto a nosotros para proteger a nuestros niños de enfermedades que se pueden prevenir con las vacunas. Por favor contacte a la enfermera de la escuela a la que asiste su hijo en caso que usted tenga alguna pregunta o para facilitarle ayuda en este proceso.

Atentamente,

Anne Fisher, M.Ed., BSN., RN, CSN,

Directora de Apoyo al Estudiante

Enfermera Escolar: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Correo Electrónico: _____