



Información de Estudiante Nuevo/a

Office of Shared Accountability, Records Unit
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

Formulario 560-24 de MCPS
Febrero 2019

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el padre/madre o guardián/tutor legal del/de la estudiante. Todos los estudiantes nuevos, o aquellos que se estén reintegrando a MCPS, deberán presentar comprobantes de lo siguiente al momento de matricularse: Comprobante de domicilio en el Condado de Montgomery, edad y inmunizaciones, a menos que el/la estudiante carezca de hogar.

INFORMACIÓN DEL/DE LA ESTUDIANTE

Debe coincidir con el certificado de nacimiento u otra evidencia de nacimiento

Apellido Legal _____ Nombre Legal _____ Segundo Nombre Legal _____

Primer Nombre Preferido por el/la Estudiante _____

Número de Seguro Social (no es obligatorio) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo Masculino Femenino

Nombre de la Escuela _____ Estudiante de MCPS # _____ Grado _____

ENCUESTA DE MARYLAND SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

De conformidad con requerimientos federales y estatales, la Encuesta sobre el Idioma Que Se Habla en el Hogar se debe administrar a todos los estudiantes y **sólo se deberá utilizar para determinar si un/a estudiante necesita servicios de apoyo para el idioma inglés** y no será utilizada para asuntos de inmigración o para informar a las autoridades de inmigración.

Si en dos de las tres preguntas de abajo se indica un idioma que no sea el inglés, el/la estudiante será evaluado/a para servicios de apoyo para el idioma inglés. Podrían tomarse en cuenta criterios adicionales para exámenes.

¿Qué idioma/s aprendió a hablar primero el/la **estudiante**? _____

¿Qué idioma usa el/la **estudiante** con más frecuencia para comunicarse? _____

¿Qué idioma/s se habla/n en su casa? _____

COMPROBANTE DE EDAD—(evidencia de nacimiento) Indique qué documento se suministró

- Certificado de Nacimiento Pasaporte/Visa Certificado Médico Certificado de Bautismo o de la Iglesia
- Certificado del Hospital Declaración Jurada del Padre/Madre/Guardián Registro de Nacimiento
- Otra Identificación Legal o Notariada (Especifique) _____

DOMICILIO

Calle _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Dirección de Correo Electrónico _____ Número de teléfono de la casa o teléfono celular ____ - ____ - _____

Circunstancias (si corresponde)

- Niño/a sin Hogar/Menor No Acompañado/a (complete el [Formulario 335-77 de MCPS, Estatus de Persona sin Hogar](#))
- Cuidado Familiar No Formalizado (complete el [Formulario 334-17 de MCPS, Declaración Jurada: Niños/as bajo Cuidado Familiar No Formalizado](#))
- Cuidado Supervisado por el Estado de Maryland (Maryland State Supervised Care) (complete el [Formulario 560-35 de MCPS, Inscripción de un Niño/a en Cuidado Supervisado por el Estado de Maryland y Transferencia de Expedientes Educativos](#))

Comprobante de Domicilio—El **Reglamento JEA-RB de MCPS, Inscripción de Estudiantes**, exige una copia de uno de los siguientes comprobantes, a menos que la persona carezca de hogar:

- Factura actual de impuestos a la propiedad Contrato de alquiler actual Si el término original del contrato ya ha vencido, una copia del contrato de alquiler y factura de servicios públicos (agua, electricidad, gas)
- [Formulario 335-74 de MCPS, Formulario de Declaración de Vivienda Compartida](#)

IDIOMA PARA COMUNICACIÓN ESCRITA

inglés español amárico coreano chino francés vietnamita

SERVICIOS A INMIGRANTES Y EXENCIONES DE CIERTOS EXÁMENES

Con el propósito de determinar la elegibilidad para servicios de inmigrantes y/o exención de ciertos exámenes, por favor provea la siguiente información:

¿Nació el/la estudiante fuera de los Estados Unidos? Sí No **Si la respuesta es Sí:** ¿Cuántos meses hace que el/la estudiante asiste a una escuela de Grados K–12 en los Estados Unidos?

Fecha en que el/la estudiante ingresó por primera vez a una **escuela** en los Estados Unidos ____/____/____

INMUNIZACIONES

Comprobante de cumplimiento de inmunizaciones—**Reglamento JEA-RB de MCPS: Inscripción de Estudiantes**, exige una copia de uno de los siguientes documentos:

- Certificado de Inmunizaciones 896, del Departamento de Salud y Salud Mental de Maryland ([Maryland Department of Health and Mental Hygiene](#))
- Copia impresa generada por computadora de un certificado de la oficina del médico Otro _____

IDENTIDAD ÉTNICA

1. **DESIGNACIÓN DE IDENTIDAD ÉTNICA.** Lea la definición que se encuentra a continuación y marque la casilla que indique la ascendencia de este/a estudiante.

¿Es este/a estudiante hispano/a o latino/a? (Seleccione una respuesta.) Sí No
Personas de cultura u origen cubano, mejicano, puertorriqueño, centroamericano o sudamericano, o de otro origen o cultura española, sin importar la raza, se consideran **hispanos o latinas**.

2. **DESIGNACIÓN DE RAZA.** Marque las casillas que indican la raza de este/a estudiante. **Debe seleccionar por lo menos una raza, independientemente de la designación étnica. Se puede marcar más de una respuesta. Indique la raza de este/a estudiante.** (Seleccione todo lo que corresponda.)

- Indígena Americano Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Originario de Hawái o Isleño de Otra Isla del Pacífico Caucásico

EXPERIENCIA ESCOLAR ANTERIOR¿Ha asistido el/la estudiante anteriormente a una escuela en Montgomery County Public School? Sí No**Si la respuesta es Sí:** Última escuela de Montgomery County Public School a la cual asistió _____

Fechas en la que asistió ____/____/____ a ____/____/____ Último Grado ____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ÚLTIMA ESCUELA A LA CUAL ASISTIÓFecha de Salida ____/____/____ Último Grado ____ Escuela Pública Escuela Privada**ADULTO/S RESPONSABLE/S POR EL/LA ESTUDIANTE***

Nombre del adulto responsable por el/la estudiante que reside en el domicilio actual:

Relación/Parentesco: Madre Padre Guardián
 Otro _____

Empleador _____

Teléfono #1 ____-____-____ Teléfono #2 ____-____-____

Teléfono #3 ____-____-____

Nombre del adulto responsable por el/la estudiante que reside en el domicilio actual:

Relación/Parentesco: Madre Padre Guardián
 Otro _____

Empleador _____

Teléfono #1 ____-____-____ Teléfono #2 ____-____-____

Teléfono #3 ____-____-____

Nombre del padre/madre/guardián (si es diferente del adulto responsable que se indica arriba):

Relación/Parentesco: Madre Padre Guardián
 Otro _____

Domicilio _____

Teléfono ____-____-____

Nombre del padre/madre/guardián (si es diferente del adulto responsable que se indica arriba):

Relación/Parentesco: Madre Padre Guardián
 Otro _____

Domicilio _____

Teléfono ____-____-____

* Identificación Legal del Adulto/s Responsable/s (con fotografía) y comprobante de parentesco con el/la estudiante verificado (especifique)¿Es el/la estudiante dependiente de un miembro de las Fuerzas de Servicio Activo (tiempo completo) Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Cuerpo de Infantería de Marina, Guardacostas o Fuerzas de Reserva (Ejército, Guardia del Ejército Nacional de los Estados Unidos, Fuerza Área Nacional de los Estados Unidos, Marina, Fuerza Aérea, Cuerpo de Infantería de Marina, Guardia Aérea Nacional de los Estados Unidos o Guardacostas? Sí No

Hermano/a (nombre)

Fecha de Nacimiento

Escuela Actual

Hermano/a (nombre)	Fecha de Nacimiento	Escuela Actual
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

PADRE/MADRE NO RESPONSABLE DE LA CUSTODIA DEL/DE LA MENOR (si corresponde)

Nombre _____

Dirección _____

¿Problemas de custodia? Sí No Si la respuesta es sí, comuníquese con la escuela.**OTRA INFORMACIÓN**

¿Tiene el/la estudiante un Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Program-IEP)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene el/la estudiante un Plan de Sección 504?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha estado el/la estudiante aprendiendo inglés, recibiendo servicios de ESOL/ESL/ENL* en un Programa Educativo de Instrucción de Idioma (Language Instruction Educational Program-LIEP) en una escuela de los Estados Unidos? Si la respuesta es Sí , primera fecha de ingreso a ESOL/ESL/ENL/LIEP en una escuela de los Estados Unidos ____/____/____ Si salió del programa, ¿cuál fue la fecha de salida? ____/____/____ <small>*ESOL—English for Speakers of Other Languages (Inglés para Personas Que Hablan Otros Idiomas)/ESL—English as a Second Language (Inglés como Segundo Idioma)/ENL—English as a New Language (Inglés como Nuevo Idioma)</small>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha sido el/la estudiante suspendido/a de la escuela alguna vez? Si la respuesta es Sí , ¿está suspendido/a el/la estudiante actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido el/la estudiante expulsado/a de la escuela alguna vez? Si la respuesta es Sí , ¿está el/la estudiante expulsado/a de la escuela actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
Si el/la estudiante se está matriculando después del inicio del ciclo escolar, ¿desearía usted que la información del directorio no sea publicada? Si la respuesta es Sí , complete el Formulario 281-13 de MCPS , Notificación Anual sobre Información en el Directorio y Privacidad del los Estudiantes .	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

La información presentada en este formulario y en cualquier documento adjunto es correcta, completa y veraz a mi saber y entender. Entiendo que la falsificación de cualquier información presentada podría resultar en que la matrícula del/de la estudiante sea rechazada. Además, entiendo que soy responsable de informar al director/a de la escuela si el/la estudiante deja de residir en este condado, y que soy responsable del costo de matrícula por cualquier período de tiempo que el/la estudiante no resida en el condado, a menos que él/ella carezca de un hogar. Si el/a estudiante tiene un IEP, entiendo que un equipo de IEP debe determinar su ubicación.

Firma del Padre/Madre/Guardián o Estudiante Elegible

Fecha



Experiencia de Prekindergarten

Departamento de Educación del Estado de Maryland

Department of Elementary Curriculum and Districtwide Programs
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

Formulario 345-17 de MCPS
Febrero 2019

INSTRUCCIONES: El Departamento de Educación del Estado de Maryland (Maryland State Department of Education—MSDE) requiere que Montgomery County Public Schools (MCPS) reúna información sobre las experiencias de cuidado infantil de todos los alumnos/as recién matriculados/as en Kindergarten. Usando las definiciones que se incluyen a continuación, por favor provea la siguiente información y devuélvala a la escuela en la que su hijo/a estará matriculado/a, junto con el [Formulario 560-24 de MCPS, Información de Estudiante Nuevo/a](#).

Nombre del Alumno/a (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Escuela _____

En qué tipo de cuidado infantil pasó su hijo/a la mayor parte de su tiempo desde septiembre del año pasado?

Indique con una marca en la casilla correcta para día completo o con dos marcas en las casillas correctas para medio día.

En la línea correspondiente, incluya el nombre de la escuela, centro o proveedor de cuidado.

CUIDADO PREVIO	NOMBRE DE LA ESCUELA, CENTRO O PROVEEDOR PREVIO DE CUIDADO	DÍA COMPLETO	MEDIO DÍA—1	MEDIO DÍA—2
Cuidado Informal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head Start		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prekindergarten en una escuela pública (educación general o educación especial)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de Cuidado Infantil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado Infantil en Una Casa de Familia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guardería Infantil Privada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kindergarten (repetido)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Categorías de Experiencias de Cuidado Temprano Definidas por MSDE

Cuidado Informal	El cuidado fue proporcionado por un pariente o una persona que no era un pariente en un domicilio.
Programa Head Start	Un programa preescolar federal para niños/as de tres a cinco años de edad provenientes de familias con bajos ingresos: financiado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) y bajo licencia del Departamento de Educación del Estado de Maryland, Oficina de Cuidado Infantil.
Prekindergarten en una escuela pública	Prekindergarten de educación general o especial en escuela pública para niños/as de cuatro años de edad, administrado por MCPS y regulado por MSDE conforme a COMAR 13A.06.02, escuela con Programas de Prekindergarten (educación general o educación especial en una escuela pública).
Centro de Cuidado Infantil	Cuidado infantil provisto en una instalación, usualmente no residencial, por parte del día o por todo el día, que provee cuidado a niños/as en ausencia de un padre/madre. Los centros operan con licencia del Departamento de Educación del Estado de Maryland, Oficina de Cuidado Infantil.
Cuidado Infantil en Una Casa de Familia	Cuidado regulado provisto a un niño/a menor de 13 años, en lugar de cuidado por parte de los padres por menos de 24 horas, en un domicilio distinto al domicilio del niño/a y por el cual el proveedor/a recibe pago. El cuidado infantil en una casa de familia está regulado por el Departamento de Educación del Estado de Maryland, Oficina de Cuidado Infantil.
Guardería Infantil Privada	Programas preescolares con un enfoque en "educación" para niños de dos, tres o cuatro años; aprobado por, o con exención de, MSDE; usualmente a tiempo parcial, nueve meses al año.

Información de Emergencia de los Estudiantes



Office of Student and Family Support and Engagement
Montgomery County Public Schools
Rockville, Maryland 20850

Formulario 565-1 de MCPS
Febrero 2019
Página 1 de 2

INSTRUCCIONES: Por favor complete ambos lados de este formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo/a lo antes posible.

Nombre del/de la Estudiante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			Primer Nombre Preferido por el/la Estudiante		
Estudiante #	Grado	Sección	Maestro/a del Aula de Base (Homeroom):		
Teléfono Principal	Fecha de Nacimiento	SOLAMENTE GRADOS 6-12 YRBS/YTS (vea el dorso) <input type="checkbox"/> NO Puede Participar		SOLAMENTE GRADOS 11 Y 12 <input type="checkbox"/> No Hagan Pública la Información de Contacto al Personal de Reclutamiento Militar.	
Domicilio		Idioma Que Se Habla en el Hogar	Idioma Preferido para Correspondencia <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> amárico <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> francés <input type="checkbox"/> vietnamita		
Ruta de Autobús #	Preocupaciones de Custodia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, Contacte a la Escuela)				
¿Es el/la estudiante dependiente de un miembro de las fuerzas de servicio activo (a tiempo completo) del Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina, Guardacostas, Guardia Nacional o Fuerzas de Reserva (Ejército, Guardia del Ejército Nacional de los Estados Unidos, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o Guardacostas)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre de la Persona Adulta Responsable Que Vive en el Domicilio del/de la Estudiante Antes Nombrado/a. (Apellido, Nombre, Inicial (contactar primero))			Nombre de la Persona Adulta Responsable Que Vive en el Domicilio del/de la Estudiante Antes Nombrado/a. (Apellido, Nombre, Inicial (contactar primero))		
Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular		Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular	
Correo Electrónico			Dirección de Correo Electrónico		
Parentesco con el/la Estudiante <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique)			Parentesco con el/la Estudiante <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique)		
Nombre de la Persona Adulta Responsable Que NO Vive en el Domicilio del/de la Estudiante Antes Nombrado/a. (Apellido, Nombre, Inicial (contactar primero))			Nombre de la Persona Adulta Responsable Que NO Vive en el Domicilio del/de la Estudiante Antes Nombrado/a. (Apellido, Nombre, Inicial (contactar primero))		
Domicilio de Este Adulto			Domicilio de Este Adulto		
Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular		Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular	
Teléfono de la Casa	Correo Electrónico		Teléfono de la Casa	Correo Electrónico	
Parentesco con el/la Estudiante <> Madre <> Padre <> Guardián <> Otro (por favor, especifique)			Parentesco con el/la Estudiante <> Madre <> Padre <> Guardián <> Otro (por favor, especifique)		
Persona/Organización Responsable del/de la Estudiante Antes del Horario Escolar —Nombre (Apellido, Nombre) (Si es una persona distinta que los adultos responsables listados más arriba)					
Domicilio					
Teléfono de la Casa	Teléfono Celular		Correo Electrónico		
Teléfono del Trabajo	Parentesco con el/la Estudiante (su hubiese alguno)				
Persona/Organización Responsable del/de la Estudiante Después del Horario Escolar —Nombre (Apellido, Nombre) (Si es una persona distinta que los adultos responsables listados más arriba)					
Domicilio					
Teléfono de la Casa	Teléfono Celular		Correo Electrónico		
Teléfono del Trabajo	Parentesco con el/la Estudiante (su hubiese alguno)				
Contactos de Emergencia: En una emergencia que requiera que la escuela permita la salida del/de la estudiante usando los protocolos de reunificación de padres e hijos, y cuando el adulto/s responsable/s que ya figura en la lista no se pueda localizar, la escuela puede permitir que el/la estudiante se retire con estas personas.					
Contacto de Emergencia #1: (Apellido, Nombre)			Parentesco con el/la Estudiante		
Teléfono de la Casa	Teléfono Celular		Teléfono del Trabajo	Correo Electrónico	
Contacto de Emergencia #2: (Apellido, Nombre)			Parentesco con el/la Estudiante		
Teléfono de la Casa	Teléfono Celular		Teléfono del Trabajo	Correo Electrónico	
Contacto de Emergencia #3: (Apellido, Nombre)			Parentesco con el/la Estudiante		
Teléfono de la Casa	Teléfono Celular		Teléfono del Trabajo	Correo Electrónico	

continúa en la página 2

Nombre del Médico/Proveedor Certificado en Cuidados de la Salud	Teléfono del Médico/Proveedor Certificado en Cuidados de la Salud	
Nombre del Dentista/Higienista	Teléfono del Dentista/Higienista	
Hospital de Preferencia		
Seguro de Salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, indique uno) <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Health Choice (Asistencia Médica) <input type="checkbox"/> Care for Kids		
Los funcionarios escolares administrarán primeros auxilios y/o llevarán a su hijo/a a un médico o a un hospital para que reciba atención de emergencia en caso de que se estime necesario hacerlo y que no sea posible comunicarse con los adultos responsables indicados más arriba. (En situaciones de emergencia, se utilizarán los servicios de personal de rescate, si se estima necesario.)		
¿Es el/la estudiante alérgico/a a picaduras de abeja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, por favor provea información adicional, como por ejemplo una descripción de la reacción o reacciones, medicamentos, etc.)		
¿Es el/la estudiante alérgico/a a algún alimento y/o a algún medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, por favor provea información adicional, como por ejemplo una descripción de la reacción o reacciones, medicamentos, etc.)		
¿Es el/la estudiante alérgico/a a alguna otra cosa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, por favor provea información adicional, como por ejemplo alérgenos, una descripción de la reacción o reacciones, medicamentos, etc.)		
¿Porta consigo el/la estudiante un Auto-Inyector de Epinefrina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, se debe completar el Formulario 525-14 de MCPS y debe ser entregado a la escuela)		
¿Porta consigo el/la estudiante algún otro medicamento de emergencia (por ejemplo, Inhalador para Asma)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, se debe completar el Formulario 525-13 de MCPS y debe ser entregado a la escuela)		
¿Existe alguna otra consideración médica que usted desearía compartir con respecto a este/a estudiante? (por ejemplo, problemas de Asma o problemas Respiratorios, Diabetes, Convulsiones u otro problema?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, por favor especifique)		
¿Sufre el/la estudiante de un estado de salud que podría requerir atención de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, por favor especifique)		
Medicamentos recetados actualmente (Opcional)		
Está el personal escolar administrando medicamento/s o un tratamiento (alimentación por sonda nasogástrica o cateterismo urinario) de forma continua, diariamente o según sea necesario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, se debe completar y entregar a la escuela el Formulario 525-12 de MCPS, el Formulario 525-13 de MCPS o el Formulario 525-14 de MCPS)		
Nombre del Padre/Madre/Guardián (en letra de molde/imprenta)	Firma del Padre/Madre/Guardián	Fecha

Para Estudiantes de los Grados 6 al 12 SOLAMENTE

Información para los Padres/Guardianes de Estudiantes de las Escuelas de Enseñanza Media y Secundarias con Respecto a las Conductas de Riesgo para Jóvenes de Maryland/Encuesta sobre el Tabaco

Esta sección del formulario es para notificarle acerca de la Conductas de Riesgo para Jóvenes de Maryland/Encuesta sobre el Tabaco (Maryland Youth Risk Behavior Survey–YRBS/YTS) y los procedimientos a seguir si usted **NO DESEA** que su hijo/a participe en YRBS/YTS.

La escuela de su hijo/a podría estar participando en YRBS/YTS, dirigidas por el Departamento de Salud de Maryland (Maryland Department of Health–MDH) en colaboración con el Departamento de Educación del Estado de Maryland (Maryland State Department of Education–MSDE) y los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention–CDC). La encuesta fue diseñada por CDC para identificar conductas de riesgo que podrían incluir comportamientos de seguridad, como pueden ser el uso de cascos y cinturones de seguridad; depresión y salud mental; uso de tabaco, alcohol u otras drogas; nutrición y actividad física; y comportamientos sexuales.

La encuesta ha sido diseñada para proteger la privacidad de su hijo/a. La encuesta es confidencial y **los estudiantes no escribirán su nombre en la encuesta**. Ninguna escuela o estudiante serán nunca mencionados por nombre en el informe de resultados.

La encuesta es voluntaria. Si su hijo/a se siente incómodo/a respondiendo alguna pregunta, su hijo/a puede omitir la respuesta. No habrá acción alguna en contra de la escuela, de usted o de su hijo/a, si su hijo/a no participa. Además, los estudiantes pueden dejar de participar en la encuesta en cualquier momento sin penalidad alguna.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre los derechos de su hijo/a como participante en esta encuesta, o si usted siente que su hijo/a resultará perjudicado/a de alguna manera al participar, por favor llame gratuitamente al 1-877-878-3935, deje un mensaje que incluya su nombre y número de teléfono, y alguien le responderá la llamada en cuanto sea posible. Para más información sobre la encuesta, por favor visite www.cdc.gov/HealthyYouth/.

Si usted NO DESEA que su hijo/a participe en la encuesta, (1) por favor complete la sección en la parte del frente del formulario que indica "YRBS/YTS—No Puede Participar", (2) entregue a la escuela de su hijo/a el formulario de Información de Emergencia de los Estudiantes.

PREGUNTAS FRECUENTES

P. ¿Por qué se llevan a cabo la Encuesta de Conductas de Riesgo para Jóvenes de Maryland/Encuesta sobre el Tabaco?

R. MDH y MSDE usarán los resultados de YRBS/YTS para (1) monitorizar cómo cambian con el tiempo las principales conductas de riesgo para la salud entre los estudiantes de las escuelas de enseñanza media y secundarias, (2) evaluar el impacto de los amplios esfuerzos estatales y locales para prevenir comportamientos de riesgo para la salud y (3) mejorar las políticas y programas de educación escolar sobre la salud.

P. ¿Se hacen preguntas de carácter delicado?

R. Algunas preguntas podrían ser consideradas de carácter delicado por algunos distritos escolares, escuelas o por los padres/guardianes. Todas esas preguntas se presentan de una manera directa y delicada y fueron diseñadas por CDC. Los temas que se cubren incluyen el uso de cascos y cinturones de seguridad; la depresión y la salud mental; el uso de tabaco, alcohol y otras drogas; la nutrición y la actividad física; y el comportamiento sexual.

P. ¿Se usará o se vinculará el nombre de los estudiantes a la encuesta?

R. No. La encuesta está diseñada para proteger la privacidad de su hijo/a. La encuesta es administrada por personal de campo especialmente capacitado. Los estudiantes no escriben su nombre en la encuesta. Cuando los estudiantes terminan la encuesta, la colocan en una caja grande o en un sobre.

P. ¿Se monitoriza a los estudiantes a través del tiempo para observar cambios en su comportamiento?

A. No se puede monitorizar a los estudiantes que participan, ya que no se recoge información que los identifique.

P. ¿Cómo se elige a los estudiantes para participar en la encuesta?

R. En todo el estado, se eligen aproximadamente 360 escuelas y 85,000 estudiantes para participar. Primeramente, las escuelas se eligen al azar, y luego se eligen al azar las aulas en escuelas seleccionadas. Todos los estudiantes en una clase seleccionada pueden participar.



Formulario de Salud Dental

Montgomery County Department of Health and Human Services
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 525-17
Enero 2017

INSTRUCCIONES: Cuando los estudiantes se inscriben en la escuela, los profesionales de la salud en la escuela revisan la información de salud del/de la estudiante, incluyendo la salud dental. Cuando se identifican problemas de salud, los profesionales de la salud en la escuela ayudan a los estudiantes y a los padres/guardianes a acceder a servicios de salud adecuados, incluyendo atención dental.

Por favor complete la Sección I de este formulario y pídale al dentista o higienista dental de su hijo/a que complete y firme la Sección II de este formulario. Envíe el formulario completo a la enfermería de la escuela de su hijo/a.

Se puede obtener ayuda para localizar un dentista/higienista dental comunicándose con la Asociación Dental del Estado de Maryland (Maryland State Dental Association), en www.msda.com. Si usted no tiene acceso a atención dental, por favor, comuníquese con el enfermero/a de la escuela de su hijo/a.

SECCIÓN I: Debe Ser Completada por el Padre/Madre/Guardián

Nombre del/de la Estudiante	Número de Estudiante	
Nombre de la Escuela	Fecha de Nacimiento	Grado

SECCIÓN II: To Be Completed by the Dental Office (SECCIÓN II: Debe Ser Completada por la Oficina Dental.)

This is to certify that I have examined the teeth of _____

and:

- All necessary dental work has been completed.
- Treatment is in progress.
- No dental work is necessary.

Further recommendations _____

Name of Dentist/Dental Hygienist	Telephone
Signature of Dentist/Dental Hygienist	Date Signed
Address	Fax Number

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERÍA DE LA ESCUELA DE SU HIJO/A.

MARYLAND DEPARTMENT OF HEALTH IMMUNIZATION CERTIFICATE

CHILD'S NAME _____
 LAST FIRST MI
 SEX: MALE FEMALE BIRTHDATE _____/_____/_____
 COUNTY _____ SCHOOL _____ GRADE _____
 PARENT NAME _____ PHONE NO. _____
 OR
 GUARDIAN ADDRESS _____ CITY _____ ZIP _____

RECORD OF IMMUNIZATIONS (See Notes On Other Side)

Vaccines Type													
Dose #	DTP-DTaP-DT Mo/Day/Yr	Polio Mo/Day/Yr	Hib Mo/Day/Yr	Hep B Mo/Day/Yr	PCV Mo/Day/Yr	Rotavirus Mo/Day/Yr	MCV Mo/Day/Yr	HPV Mo/Day/Yr	Dose #	Hep A Mo/Day/Yr	MMR Mo/Day/Yr	Varicella Mo/Day/Yr	History of Varicella Disease Mo/Yr
1									1				
2									2				
3										Td Mo/Day/Yr	Tdap Mo/Day/Yr	MenB Mo/Day/Yr	Other Mo/Day/Yr
4										_____	_____	_____	_____
5										_____	_____	_____	_____

To the best of my knowledge, the vaccines listed above were administered as indicated.

Clinic / Office Name
Office Address/ Phone Number

1. _____
 Signature Title Date
 (Medical provider, local health department official, school official, or child care provider only)

2. _____
 Signature Title Date

3. _____
 Signature Title Date

Lines 2 and 3 are for certification of vaccines given after the initial signature.

COMPLETE THE APPROPRIATE SECTION BELOW IF THE CHILD IS EXEMPT FROM VACCINATION ON MEDICAL OR RELIGIOUS GROUNDS. ANY VACCINATION(S) THAT HAVE BEEN RECEIVED SHOULD BE ENTERED ABOVE.

MEDICAL CONTRAINDICATION:

Please check the appropriate box to describe the medical contraindication.

This is a: Permanent condition OR Temporary condition until _____/_____/_____
 Date

The above child has a valid medical contraindication to being vaccinated at this time. Please indicate which vaccine(s) and the reason for the contraindication, _____

Signed: _____ Date _____
 Medical Provider / LHD Official

RELIGIOUS OBJECTION:

I am the parent/guardian of the child identified above. Because of my bona fide religious beliefs and practices, I object to any vaccine(s) being given to my child. This exemption does not apply during an emergency or epidemic of disease.

Signed: _____ Date: _____

How To Use This Form

The medical provider that gave the vaccinations may record the dates (using month/day/year) directly on this form (check marks are not acceptable) and certify them by signing the signature section. Combination vaccines should be listed individually, by each component of the vaccine. A different medical provider, local health department official, school official, or child care provider may transcribe onto this form and certify vaccination dates from any other record which has the authentication of a medical provider, health department, school, or child care service.

Only a medical provider, local health department official, school official, or child care provider may sign ‘Record of Immunization’ section of this form. This form may not be altered, changed, or modified in any way.

Notes:

1. When immunization records have been lost or destroyed, vaccination dates may be reconstructed for all vaccines except **varicella, measles, mumps, or rubella.**
2. Reconstructed dates for all vaccines must be reviewed and approved by a medical provider or local health department no later than 20 calendar days following the date the student was temporarily admitted or retained.
3. Blood test results are NOT acceptable evidence of immunity against diphtheria, tetanus, or pertussis (DTP/DTaP/Tdap/DT/Td).
4. Blood test verification of immunity is acceptable in lieu of polio, measles, mumps, rubella, hepatitis B, or varicella vaccination dates, but **revaccination may be more expedient.**
5. History of disease is NOT acceptable in lieu of any of the required immunizations, except varicella.

Immunization Requirements

The following excerpt from the MDH Code of Maryland Regulations (COMAR) 10.06.04.03 applies to schools:

“A preschool or school principal or other person in charge of a preschool or school, public or private, may not knowingly admit a student to or retain a student in a:

- (1) Preschool program unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age appropriate immunity against Haemophilus influenzae, type b, and pneumococcal disease;
- (2) Preschool program or kindergarten through the second grade of school unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against pertussis; and
- (3) Preschool program or kindergarten through the 12th grade unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against: (a) Tetanus; (b) Diphtheria; (c) Poliomyelitis; (d) Measles (rubeola); (e) Mumps; (f) Rubella; (g) Hepatitis B; (h) Varicella; (i) Meningitis; and (j) Tetanus-diphtheria-acellular pertussis acquired through a Tetanus-diphtheria-acellular pertussis (Tdap) vaccine.”

Please refer to the “**Minimum Vaccine Requirements for Children Enrolled in Pre-school Programs and in Schools**” to determine age-appropriate immunity for preschool through grade 12 enrollees. The minimum vaccine requirements and MDH COMAR 10.06.04.03 are available at www.health.maryland.gov. (Choose Immunization in the A-Z Index)

Age-appropriate immunization requirements for licensed childcare centers and family day care homes are based on the Department of Human Resources COMAR 13A.15.03.02 and COMAR 13A.16.03.04 G & H and the “**Age-Appropriate Immunizations Requirements for Children Enrolled in Child Care Programs**” guideline chart are available at www.health.maryland.gov. (Choose Immunization in the A-Z Index)

CERTIFICADO DE PRUEBA DE PLOMO EN SANGRE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL E HIGIENE MENTAL DE MARYLAND

Instrucciones: Use este formulario al momento de inscribir a un niño en la guardería, prekínder, kínder o primer grado. **El RECUADRO A** lo tiene que completar uno de los padres o tutor. **El RECUADRO B**, también a completar por uno de los padres o tutor, es para un niño nacido antes del 1 de enero de 2015 que no necesita una prueba de plomo (los niños deben cumplir con todas las condiciones del Recuadro B). **El RECUADRO C** debe ser completado por el proveedor de salud para todos los niños nacidos a partir del 1 enero de 2015, y para cualquier niño nacido antes del 1 de enero de 2015 que no cumpla con todas las condiciones del Recuadro B. **El RECUADRO D** es para los niños a los que no se les ha hecho la prueba debido a obediencia religiosa (debe ser completado por el proveedor de atención médica).

RECUADRO A-El padre/tutor lo completa para inscribir a un niño en la guardería, prekínder, kínder o primer grado

NOMBRE DEL NIÑO _____ / _____ / _____
 APELLIDOS NOMBRE 2.º NOMBRE
 DIRECCIÓN DEL NIÑO _____ / _____ / _____
 DIRECCIÓN (con número de apartamento) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
 SEXO: Masculino Femenino FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____ TELÉFONO _____
 PADRE O TUTOR _____ / _____ / _____
 APELLIDOS 1.er NOMBRE 2.º NOMBRE

RECUADRO B – Para un niño que no necesita una prueba de plomo (Completar y firmar si el niño NO está inscrito en Medicaid Y la respuesta a CADA pregunta a continuación es NO):

¿Nació este niño el 1 de enero de 2015 o después? SÍ NO
 ¿Ha vivido este niño alguna vez en una de las áreas listadas al dorso de este formulario? SÍ NO
 ¿Corre este niño riesgos conocidos de la exposición al plomo (ver las preguntas en el reverso del formulario, y hable con el proveedor de atención médica de su hijo si no está seguro)? SÍ NO

Si todas las respuestas son NO, firme abajo y devuelva este formulario al proveedor de cuidado infantil o escuela.

Nombre del padre o tutor (Escribir en letras de molde): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es SÍ, O si el niño está inscrito en Medicaid, no firme el Recuadro B. En vez de ello, haga que el proveedor de atención médica completa el Recuadro C o el Recuadro D.

RECUADRO C – Documentación y Certificación de los Resultados de Pruebas de Plomo por el Proveedor de atención médica

Fecha de la prueba	Tipo (V=venoso, C=capilar)	Resultado (mcg/dL)	Comentarios

Comentarios:

Persona que completa el formulario: Proveedor de atención médica/Designado O Profesional de Salud/Designado de la Escuela

Nombre del proveedor: _____ Firma: _____

Fecha _____ Teléfono: _____

Dirección del consultorio: _____

RECUADRO D – Creencias Religiosas de Buena Fe

Soy el padre/tutor del niño identificado en el Recuadro A, arriba. Debido a mis creencias religiosas y prácticas de buena fe, me opongo a cualquier prueba de plomo en la sangre de mi hijo.

Nombre del padre o tutor (Escribir en letras de molde): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Esta parte del RECUADRO D debe ser completada por el proveedor de atención médica del niño: Cuestionario de evaluación de riesgos de envenenamiento por plomo completado: SÍ NO

Nombre del proveedor: _____ Firma: _____

Fecha _____ Teléfono: _____

Dirección del consultorio: _____

CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

Las pruebas documentadas deben ser las pruebas de plomo en sangre a los 12 meses y 24 meses de edad. Se requieren dos fechas de pruebas y resultados si la primera prueba se hizo antes de los 24 meses de edad. Si la primera prueba se realiza después de 24 meses de edad, se requiere una fecha de prueba con el resultado. El proveedor de atención médica del niño puede registrar las fechas de las pruebas y los resultados directamente en este formulario y certificarlos mediante firma o sello en la sección de la firma. Un profesional de salud escolar o la persona designada puede transcribir la información a este formulario y certificar las fechas de las pruebas de cualquier otro informe que tenga la autenticación de un proveedor médico, departamento de salud o escuela. Todos los formularios se conservan en los archivos con el historial médico escolar del niño.

Zonas de Riesgo por Código Postal del Plan de Focalización 2004 (para niños nacidos ANTES del 1 de enero de 2015)

<u>Allegany</u>	<u>Condado de Baltimore (Continuación)</u>	<u>Carroll</u>	<u>Frederick (Continuación)</u>	<u>Kent</u>	<u>Prince George (Continuación)</u>	<u>Queen Anne (Continuación)</u>
TODOS	21212	21155	21776	21610	20737	21640
	21215	21757	21778	21620	20738	21644
<u>Anne Arundel</u>	21219	21776	21780	21645	20740	21649
20711	21220	21787	21783	21650	20741	21651
20714	21221	21791	21787	21651	20742	21657
20764	21222		21791	21661	20743	21668
20779	21224	<u>Cecil</u>	21798	21667	20746	21670
21060	21227	21913			20748	
21061	21228		<u>Garrett</u>	<u>Montgomery</u>	20752	<u>Somerset</u>
21225	21229	<u>Charles</u>	TODOS	20783	20770	TODOS
21226	21234	20640		20787	20781	
21402	21236	20658	<u>Harford</u>	20812	20782	<u>St. Mary</u>
	21237	20662	21001	20815	20783	20606
<u>Condado de Baltimore</u>	21239		21010	20816	20784	20626
21027	21244	<u>Dorchester</u>	21034	20818	20785	20628
21052	21250	TODOS	21040	20838	20787	20674
21071	21251		21078	20842	20788	20687
21082	21282	<u>Frederick</u>	21082	20868	20790	
21085	21286	20842	21085	20877	20791	<u>Talbot</u>
21093		21701	21130	20901	20792	21612
21111	<u>Ciudad de Baltimore</u>	21703	21111	20910	20799	21654
21133	TODOS	21704	21160	20912	20912	21657
21155		21716	21161	20913	20913	21665
21161	<u>Calvert</u>	21718				21671
21204	20615	21719	<u>Howard</u>	<u>Prince George</u>	<u>Queen Anne</u>	21673
21206	20714	21727	20763	20703	21607	21676
21207		21757		20710	21617	
21208	<u>Caroline</u>	21758		20712	21620	<u>Washington</u>
21209	TODOS	21762		20722	21623	TODOS
21210		21769		20731	21628	
						<u>Wicomico</u> TODOS
						<u>Worcester</u> TODOS

Preguntas de Verificación del Cuestionario de Evaluación del Riesgo de Plomo:

1. ¿Vive en, o visita con regularidad una casa/edificio construido antes de 1978 con pintura descascarada o con renovación o remodelación reciente/en curso?
2. ¿Ha vivido alguna vez fuera de los Estados Unidos o acaba de llegar de un país extranjero?
3. ¿Tiene un hermano, compañero de hogar/compañero de juegos que esté bajo observación o reciba tratamiento por envenenamiento con plomo?
4. Si nació antes del 1/1/2015, ¿vive en un código postal "de riesgo" de 2004?
5. ¿Se mete con frecuencia cosas en la boca, tales como juguetes, joyas, llaves o come artículos no alimentarios (pica)?
6. ¿Tiene contacto con un adulto cuyo trabajo o pasatiempo implique la exposición al plomo?
7. ¿Vive cerca de una fundición de plomo activa, planta de reciclaje de baterías, otras industrias relacionadas con el plomo o carretera donde el suelo y el polvo puedan estar contaminados con plomo?
8. Usa productos de otros países, tales como remedios para la salud, especias, o alimentos, o conserva o sirve alimentos en vidrio emplomado, cerámica o peltre.