

PENNS GROVE-CARNEYS POINT REGIONAL SCHOOL DISTRICT

LP (PreK-K)
 FSS (1-3)
 PWC (4-5)
 PGMS (6-8)
 PGHS (9-12)
 OOD
 ¿Alguna vez ha asistido su hijo el distrito escolar de PG-CP? No Si - En caso afirmativo, qué año y grado: _____

DATA DEMOGRAFICA 2019-2020

Student ID#: _____ Student State of NJ ID#: _____ Grado: _____
 (*Nombre legal tal como aparece en el Certificado de Nacimiento)

* Nombre	*Apellido Legal del Estudiante	Sufijo
Fecha del Nacimiento: MM/DD/YYYY	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <i>Primera fecha de ingreso a una escuela de los E.U.:</i> _____ <input type="checkbox"/> Femenino <i>¿Tiene su hijo/a un IEP o Plan 504?</i> Si o No	
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Latino		

Nombre de la escuela previa:	Dirección:
Ciudad:	Estado: Código postal:

Lenguaje Primario (Nativo): _____ Idioma más hablado por el alumno: _____
 ¿El estudiante entiende otro idioma que no sea inglés? **Si o No** Idioma más hablado por el alumno en casa. _____
 ¿Viene el alumno de otro distrito escolar donde se identificó como un alumno aprendiendo Inglés? **Si o No**

INFORMACIÓN DE PADRES/ENCARGADO

Nombre de Padre(s)/encargado(s): _____

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del padre/encargado #1:	Número de Contacto: ____Casa ____Celular	Correo Electrónico:	
Nombre de la Compañía/Empleo:	Número telefonico de empleo:	Relación con el estudiante	

Nombre del padre/encargado #2:	Número de Contacto: ____Casa ____Celular	Correo Electrónico:	
Nombre de la Compañía/Empleo:	Número telefonico de empleo:	Relación con el estudiante	

Residencia:
 Propia
 Alquilada
 Hogar familiar de crianza/recursos
 Viviendo con familia/amigo
 Refugio/Motel

Nombre de todos los niños que viven en el hogar:

Nombre	Fecha del Nacimiento	Grado

ESTATUS MILITAR

Favor de circular el número que corresponde al estado militar del padre o encargado del estudiante:

1 = **No hay estado militar:** El estudiante no tiene conexión militar.

2 = **Servicio activo:** El estudiante es un dependiente de un miembro de las fuerza del servicio activo (a tiempo completo) –ejército, marina, fuerza aérea, Guardia Nacional, o guardacostas.

3 = **Guardia Nacional o Reserva:** El estudiante es un dependiente de un miembro de la Guardia Costanera o de reserva (ejército, marina, fuerza aérea, Guardia Nacional, o guardacostas).

4 = **Desconocido:** Se desconoce si el estudiante esta militarmente conectado.

DATOS MEDICOS/LA EMERGENCIA

Su hijo(a) tiene seguro medico?: SI NO

Si la respondió si, favor indicar el nombre de la aseguranza:

Si no tiene seguro, puede divulgar mi nombre y dirección al Programa NJ FamilyCare para contactarme sobre el seguro de salud. NJ FamilyCare brinda servicios gratuitos o bajo seguro de salud para niños sin seguro y ciertos padres de bajos ingresos. Para obtener más información, visite www.njfamilycare.org para inscribirse en línea o llame 1-800-701-0710. SI NO

Nombre de personas con excepción del padre/encargado que pueden asumir el cuidado temporal del estudiante si el padre/encargado no puede conseguirse.

Contacto #1	Nombre	Relación con el estudiante	Número de teléfono	Número celular
Contacto #2	Nombre	Relación con el estudiante	Número de teléfono	Número celular
Contacto #3	Nombre	Relación con el estudiante	Número de teléfono	Número celular

Nombre del Doctor

Número de teléfono

Enumere cualquier condición de salud: enfermedad cardíaca, diabetes, convulsiones, alergias severas, problemas de los ojos o del oído o cualquier condición crónica que usted, como padre/encargado, necesite informar al maestro del alumno o la enfermera de la escuela.

Consideraciones médicas especiales:

Alergias:

En caso de una enfermedad o accidente de su hijo durante el día escolar, la escuela:

1. Llamarlo para obtener instrucciones. Si desea que se llame a un médico, le pedirán que usted lo llame.
2. Llame al médico de la escuela para recibir tratamiento de emergencia si es imposible comunicarse con usted.
3. Póngase en contacto con la ambulancia local y transporte al niño al Memorial Hospital of Salem County en caso de que el oficial escolar responsable no puede completar los pasos uno y/o dos arriba.
4. Si el padre no está disponible para llevar al estudiante a prueba de drogas, el médico de la escuela tendrá la autoridad para autorizar la prueba apropiada.

Creemos que es importante que tengamos procedimientos claros y que todos los entiendan. Aunque hacemos todo lo posible para evitarlo tales emergencias desafortunadamente ocurren en cualquier empresa que involucre a un gran número de estudiantes. La responsabilidad financiera de todos estos cuidados es la responsabilidad de los padres/encargados.

Firma del padre/encargado:

Fecha:

PENNS GROVE-CARNEYS POINT REGIONAL SCHOOL DISTRICT
PENNS GROVE, NEW JERSEY

Date: _____
Fecha

Student: _____
Estudiante

Grade: _____
Grado

I hereby authorize the release of **any and all school records**, including Academic, State Test Scores, CST, Medical, Discipline, Attendance, and Confidential, for the student named above, to the **Penns Grove-Carneys Point Regional School District**.

Por la presente autorizo la divulgación de todos y cada uno de los registros escolares, incluidos los resultados académicos, estatales, CST, médicos, disciplinarios, de asistencia y confidenciales, para el estudiante mencionado anteriormente, al Distrito Escolar Regional de Penns Grove-Carneys Point

Signature Parent/Guardian: _____
Firma padre/madre/encargado

Previous School Name: _____
Nombre de la escuela anterior

Address: _____
Dirección

City, State, Zip: _____
Ciudad, Estado, Código postal

Please mail records to the address indicated.

Por favor envíe los registros a la dirección indicada

_____ **Lafayette-Pershing School**
237 Shell Road
Carneys Point, NJ 08069
856-299-3230 Fax: 856-299-2180

_____ **Field Street School**
144 Field Street
Carneys Point, NJ 08069
856-299-0170 Fax: 856-299-1833

_____ **Paul W. Carleton School**
251 Maple Avenue
Penns Grove, NJ 08069
856-299-1706 Fax: 856-299-1545

_____ **Penns Grove Middle School**
351 Maple Avenue
Penns Grove, NJ 08069
856-299-0576 Fax: 856-299-4378

_____ **Penns Grove High School**
334 Harding Highway
Carneys Point, NJ 08069
856-299-6300 Fax: 856-299-6959

_____ **Penns Grove-Carneys Point**
Regional School District
Child Study Team Department
100 Iona Avenue
Penns Grove, NJ 08069
856-299-4250 ext. 1131

DISTRITO ESCOLAR PENNS GROVE-CARNEYS POINT
2019-2020 CUESTIONARIO DE SERVICIOS PARA EL ESTUDIANTE

De acuerdo con la Sección 722(g)(4) del *Elementary and Secondary Education Act*, los padres o encargados de los estudiantes comenzando nuevo en nuestro distrito escolar deben completar este cuestionario.

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Escuela Previa (si alguna) _____

Queremos asegurarnos de que su hijo(a) continué recibiendo todo los servicios que recibía en la escuela anterior. Para hacer esto, necesitamos su ayuda. Favor de decirnos la siguiente:

1. Cual fue el ultimo grado que su hijo(a) atendió? _____

Su hijo(a) ha reprobado un grado anteriormente? Si No

2. Cuando su hijo(a) estuvo la última vez en la escuela, el (ella) recibió lo siguiente:

a. Servicios Especiales para estudiantes con incapacidades? Si No

Si contesto que si, que servicios recibió? Favor marcar todas las que apliquen.

Mi hijo(a) tuvo un Plan de Educación Individualizada o un plan especial para su educación.

Mi hijo(a) tiene un Plan de Acomodación 504.

Mi hijo(a) recibió algún equipo especial, tiempo adicional para tomar su pruebas, otras ayudas (Sección 504).

Mi hijo(a) recibió ayuda por mejorar su comportamiento.

Otros (por favor especifique) _____

b. Ayuda con el Ingles, si el Ingles no es el idioma primario de su hijo(a)? Si No

Si marco que si, cual es el idioma que habla? Favor marcar el lenguaje apropiado.

Español Chino Gujarati Panjabi (Punjabi) Turco

Otro (por favor especifique) _____

c. Otros programas especiales (favor marcar todo los que apliquen)

Educación en la Escuela Vocacional Ayuda para Mejorar la Asistencia

Programas para Estudiantes Avanzados Tutoría Conserjería

Instrucción en Destrezas Básicas Instrucción en el Bilingüe

Terapia del Habla Otros (por favor especifique) _____

Firma del Padre/Encargado _____ Fecha _____

EMPLEADOS DEL DISTRITO ESCOLAR: Favor de mandar este cuestionario junto con el registro de Residencia y el Permiso de Matricula del Estudiante al Director of Early Childhood & Federal/State Programs DURANTE LOS PRIMEROS DOS (2) DIAS DE HABERLO COMPLETADO.

DISTRITO ESCOLAR PENNS GROVE-CARNEYS POINT

2019-2020 CUESTIONARIO DE REGISTRO DE RESIDENCIA

De acuerdo con las leyes del estado de New Jersey (*N.J.S.A. 18A:38-1 and N.J.A.C. 6A:22-3.4*), y con el Acto Educativo de Asistencia *McKinney-Vento Homeless*, se requiere documentación de residencia para determinar la elegibilidad de su niño/niños para la inscripción o registración en las escuelas. Para poder determinar la documentación de residencia necesaria, por favor coteje (√) donde su niño esta residiendo actualmente (FAVOR DE MARCAR SOLO UNO).

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____

- 1. hotel/motel – Nombre del establecimiento: _____ (copia del recibo de cuenta)
- 2. apartamento o casa (Copia de la renta o carta del dueño es requerida.)
- 3. padres tienen casa propia (Copia de la Escritura, las contribuciones o Contrato de Venta)
- 4. refugio/casa de recurso familiar (Copia de la carta de la a locación del DCPP)
- 5. hogar de niños acogidos o refugio de violencia domestica
- 6. facilidades de alojamiento de transición
- 7. refugio juvenil
- 8. hogar para madres adolescentes de edad escolar
- 9. hogar par familias imigrantes
- 10. residiendo en el hogar, (*por favor circule uno*): del abuelo, de la tía, del tío, del hermano, de la hermana, del primo, o del amigo por necesidad económica o dificultad de la familia. Si escogió “10”, la información siguiente ES REQUERIDA:
Nombre de la persona con quien su niño esta residiendo, USE LETRA DE MOLDE:

DIRECCION: _____

MES/DIA/ANO cuando su niño se mudo a esta residencia: _____

Planea usted o su niño vivir en esta residencia temporeramente o permanentemente (El domicilio permanente es aquel en el cual, la persona no planea cambiar o mudarse)?
Seleccione permanentemente o temporeramente.

INFORMACION REQUERIDA PARA EL PADRE/ENCARGADO: (1) Reside usted en la dirección escrita con su niño? Escoja ___Si o ___No. Si “No,” imprima la dirección en la cual reside actualmente (calle/apartamento numero/ciudad/estado/código postal):

(2) Por favor imprima la dirección donde usted rento, era propietario, fue incluido en la escritura de renta, o residió por el mínimo de un año (calle/# de apartamento/ciudad/estado/ código postal):

Firma del Padre/Encargado es requerida: _____ Fecha _____

**PENNS GROVE-CARNEYS POINT REGIONAL SCHOOL DISTRICT
2019-2020**

RAZONES POR DEJAR LA ULTIMA RESIDENCIA

Si usted escogió el número 10 en el cuestionario, e indico que usted y sus niño/s están residiendo con un familiar o amigo por necesidad económica o dificultad familiar, entonces revise las razones mencionadas abajo y escoja todas las que aplican. Fallo a proveer la razón o razones y los documentos requeridos, podría resultar en que se decida que su niño o niña no sean elegibles para atender las escuelas en nuestro distrito, de acuerdo con la ley del estado y la póliza de la junta de educación.

Nombres del niño/de los niños: _____

Residiendo en: _____

- 1. Desahuciado por el propietario o por orden judicial del apartamento, del hogar o del hotel/cuarto de motel.
- 2. Aviso recibido de desahucio por el propietario o de la corte.
- 3. Abandono la residencia debida a la inhabilidad de pagar alquiler, hipoteca, etc. antes de ser desahuciado.
- 4. Actualmente desempleado.
- 5. Actualmente incapaz de económicamente alquilar un apartamento o casa.
- 6. Actualmente carezco los recursos o las redes de apoyo necesitadas para obtener residencia permanente.
- 7. Abandone la residencia debido a la violencia doméstica.
- 8. Abandone la residencia debido a condición crónica de salud física o mental, abuso de sustancia, u otra habilidad física.
- 9. Para dejar la residencia compartida con otro porque se me requirió.
- 10 El hogar fue re-poseído.
- 11. Han experimentado inestabilidad persistente por la frecuente mudanza de viviendas.
- 12. Han experimentado un período a largo plazo sin vivir independientemente en una residencia permanente.
- 13. Otras razones: _____

Una vez finalizado, favor de firmar, poner la fecha y devolver esta forma a la secretaria que registro su niño o niña en la escuela.

Gracias.

Firma del Padre/Encargado _____ Fecha _____

NOTIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR/ENCARGADO

2019-2020 REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA DE ESTUDIANTE, INSCRIPCIÓN O REGISTRO Y TRANSFERENCIA/BAJA

Ley en New Jersey de Educación Compulsoria: N.J.S.A. 18A:38-25 *et seq.* requiere que estudiantes entre las edades de 6-16 atiendan la escuela. Los padres, tutores o encargados que no hagan a sus hijos asistir regularmente a la escuela pueden ser llevados a los tribunales y recibir una multa.

Ausencias Consecutivas de la Escuela sin Excusa: N.J.S.A. 18A:36-25.2 requiere que los funcionarios de la escuela realicen una investigación cada vez que un estudiante está ausente de la escuela sin excusa durante cinco (5) días consecutivos para determinar la razón de las ausencias. Si se sospecha de abuso o negligencia, tal como se define en el título 9: escuela de 6-8,9, los funcionarios tienen que notificar a la División de la Juventud y Servicios de familia (DYFS) y organismos encargados de hacer cumplir la ley local. Los padres, tutores o encargados que no tengan a sus hijos asistiendo a la escuela de manera regular se pueden acusar con el abandono de los niños o abuso de acuerdo a la ley.

Inscripción/Registro de Estudiantes: Los estudiantes entre las edades de 4 y 20 que viven en Carneys Point o Penns Grove tienen derecho a asistir a las escuelas de distrito. Los siguientes documentos deben ser suministrados en el momento de la inscripción del estudiante – certificado de nacimiento, registros de inmunización, tarjeta de transferencia y transcripciones, una tarjeta de informe actual si se transfiere de otro distrito, prueba de la tutela o padre natural y prueba de residencia/elegibilidad. Si ninguno de estos documentos no están disponible en el momento de la inscripción, el padre, tutor o encargado debe proporcionar los documentos que faltan a la escuela en un plazo de 30 días, de acuerdo al N.J.S.A. 18A:36- 25.1.

Las siguientes tres formas son **requeridas** y deben ser completadas y presentadas en el momento que se inscribe el estudiante en la escuela: formulario de inscripción de la escuela (1) **cuestionario de registro de la escuela** – incluye nombre del padre/tutor/encargado; dirección actual; número o números de teléfono reciente; nombre del estudiante; fecha de nacimiento; grado del estudiante; nombre de la escuela anterior, ciudad y estado del alumno; información médica; e identificación de cualquier otro idioma distinto inglés hablado por el estudiante o en la casa del estudiante; (2) **cuestionario de residencia de inscripción** – (a) si viven con un pariente, amigo o familiar debido a dificultades económicas, el nombre de esa persona debe proporcionarse; (b) si alquilan un apartamento o una casa, se debe proporcionar una copia del contrato de arrendamiento; y (c) si viven en un hotel o motel, proporcione su nombre; y (3) **cuestionario de servicios al estudiante** – identificar cualquier servicios adicionales que necesite el estudiante debido a una incapacidad, barrera del idioma, etc..

Cambio de Dirección: El padre, tutor o proveedor de atención médica tiene que ponerse en contacto con la escuela del estudiante y completar un formulario de cambio de dirección y el cuestionario de inscripción residencial en un plazo de cinco días de la escuela después de que el estudiante se mude a una nueva dirección. Fallo en notificar con prontitud a la escuela y proporcionar una prueba adecuada podría resultar en la eliminación del estudiante de la escuela, de acuerdo con la N.J.S.A. 18A:38-1 (a) o (b).

Transferencia o Baja del Estudiante del Distrito Escolar: el padre, tutor o cuidador de un estudiante que es retirar de la escuela se requiere por ley para proporcionar el nombre y la ubicación del distrito escolar en que se inscribirá posteriormente el estudiante y la fecha prevista de la inscripción en el nuevo distrito escolar. Además, nueva dirección su y un número de teléfono donde se puede llegar la familia son, si está disponible. Si el nuevo nombre de la escuela, la ubicación y fecha de inscripción esperado del estudiante no se proporciona en el momento, las retiradas de estudiante y, a continuación, el padre, tutor o cuidador es proporcionar esta información en un plazo de 10 días después de que el estudiante haya retirado de la escuela. Si esta información si no se recibe dentro de este período de 10 días, el distrito deberá notificar a la División de la juventud y la familia Services (DYFS), de acuerdo con la ley estatal (ley pública 2007, capítulo 248).

Declaro que he recibido una copia de esta carta.

Nombre del Padre/Encargado (Imprimir)

Firma del Padre/Encargado

Fecha

Nombre del Estudiante (Imprimido)

Grado/Clase del Estudiante

NOTE: Una copia de este aviso es que han de proporcionar a los padres, tutor o proveedor de atención médica en el momento de inscripción o registro. Una copia firmada de esta notificación debe ser incluida en la tarjeta acumulativa del estudiante.

Penns Grove-Carneys Point Regional School District *Child Study Team*

100 Iona Ave., Penns Grove, New Jersey 08069

(856) 299-4250

Fax: (856) 299-5226

Mr. Sage Schmidt, MPA
Director of Special Services

Deborah Clair (ext. 1131), Secretary

Muestra de Notificación Anual de Medicaid sobre el Consentimiento de los Padres

Antecedentes: El Estado de Nueva Jersey participa en el programa federal Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés), desde 1994. El programa ayuda a los distritos escolares con el reembolso parcial de servicios médicos relacionados con el Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés).

El programa SEMI funciona con el auspicio del Departamento del Tesoro de New Jersey en colaboración con el Departamento de Educación de New Jersey y la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS, por sus siglas en inglés) de New Jersey.

En 2013, se reformularon las normas relativas al consentimiento de los padres requerido por Medicaid para los servicios brindados en las escuelas. Actualmente, la normativa exige que antes de acceder a los beneficios o seguros públicos de un niño por primera vez y, posteriormente, cada año, los distritos escolares deben enviar a los padres o tutores una notificación por escrito y obtener la autorización de los padres por única vez.

¿Hay un costo para usted?

No. Los servicios del IEP se proporcionan a los estudiantes en la escuela **sin** costo alguno para los padres o tutores.

¿De qué manera SEMI podría afectar los beneficios que mi familia recibe de Medicaid?

El programa SEMI **no afecta** los servicios, fondos o límites de cobertura de Medicaid para las familias. El programa de servicios brindados en las escuelas de New Jersey funciona de manera diferente que el programa de Medicaid para las familias. El programa SEMI **no afecta** los beneficios de Medicaid para su familia de ninguna manera.

¿Qué tipo de servicios cubre el programa brindado en la escuela?

Evaluaciones	Terapia del lenguaje	Terapia ocupacional	Terapia física
Consejería psicológica	Audiología	Enfermería	Transporte especializado

¿Qué tipo de información sobre su hijo(a) podría ser divulgada?

Para someter solicitudes de reembolso al SEMI, se podría requerir brindar los siguientes datos sobre su hijo(a): primer nombre, segundo nombre, apellidos, dirección, fecha de nacimiento, número de carnet de estudiante, número de identificación de Medicaid, tipo de discapacidad, fechas y tipo de servicios prestados.

¿Quién podría tener acceso a esa información?

La información sobre el programa de educación especial que recibe su hijo(a) puede ser compartida con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud de New Jersey y sus agencias afiliadas, incluyendo el Departamento del Tesoro y el Departamento de Educación, con el propósito de verificar la elegibilidad por parte de Medicaid y la presentación de reclamos.

¿Qué pasa si usted cambia de opinión sobre el consentimiento otorgado?

Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento que permite la facturación a Medicaid en cualquier momento, poniéndose en contacto con la escuela en la que está matriculado(a) su hijo(a).

¿Podrían ser afectados los servicios que recibe su hijo(a) cuando usted otorga o deniega su consentimiento?

No. Su distrito escolar debe seguir proporcionando los servicios necesarios a su hijo(a) de conformidad con su IEP, independientemente de su estatus de elegibilidad con Medicaid o su decisión de dar su consentimiento para la facturación al SEMI.

¿Qué pasa si usted tiene preguntas?

Por favor, llame al Departamento de Educación Especial de su distrito escolar si tiene preguntas o inquietudes o si necesita obtener una copia del formulario de consentimiento de los padres. Forma de entrega: (marque una opción):

Forma de entrega: (marque una opción):

Por correo postal a los padres Por e-mail a los padres Reunión del IEP Entregado personalmente

*Penns Grove-Carneys Point Regional School District
Child Study Team*

100 Iona Ave., Penns Grove, New Jersey 08069
(856) 299-4250 Fax: (856) 299-5226

Mr. Sage Schmidt, MPA
Director of Special Services

Deborah Clair (ext. 1131), Secretary

Formulario de consentimiento de los padres Special Education Medicaid Initiative (SEMI)

PennsGrove Carneys Point Regional School Distrito Escolar Nuestro distrito escolar participa en el programa de Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés), que permite a los distritos escolares facturar al programa de salud Medicaid por servicios que se ofrecen a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley federal sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), 34CFR§99.30 y la Sección 617 de la Parte B de la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) sobre requisitos de consentimiento en 34 CFR§300.622, se necesita un consentimiento único antes de poder acceder a beneficios públicos.

Este consentimiento establece que los datos personales de su hijo(a), tales como su historial en la escuela o información acerca de los servicios que le son proporcionados, incluyendo las evaluaciones y los servicios especificados del Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) que recibe su hijo(a) (terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, terapia psicológica para estudiantes, audiología, enfermería y transporte especializado), pueden ser revelados al programa Medicaid y al Departamento del Tesoro con el fin de recibir el reembolso de Medicaid en el distrito escolar.

Como padre o madre/tutor del o la menor nombrado(a) abajo, doy permiso para que se revele la información descrita anteriormente; así como entiendo y acepto que Medicaid puede tener acceso a los beneficios públicos o seguros mi hijo(a) o míos para pagar los servicios de educación especial y relacionados al amparo de la Parte 300 (servicios bajo IDEA).

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento del niño(a): ____/____/____

Padre/Tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Doy mi consentimiento para facturar al SEMI: Sí
No

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, poniéndose en contacto con el administrador de la escuela de su hijo(a).

Mr. Sage R. Schmidt, MPA
Director of Special Services
Phone (856) 299-4250 ext. 1124

PENNS GROVE-CARNEY'S POINT REGIONAL SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES QUESTIONNAIRE
STUDENT HEALTH HISTORY FORM

Student Name: _____

Nombre del estudiante:

Home/Cell Number: _____

Número de teléfono/celular:

Date of Birth: _____

Fecha de nacimiento:

Birth History - Historia de nacimiento

Full Term? _____ If not, how many weeks premature? _____
¿A término? _____ Si no, ¿cuántas semanas prematuras? _____

Complications during pregnancy or at birth? ¿Complicaciones durante el embarazo o al nacer?

NOTE: If any of the following are answered with a YES, please notify the school nurse of the appropriate building. NOTA: Si se responde a cualquiera de las siguientes preguntas con un SÍ, notifique a la enfermera de la escuela del edificio apropiado.

Past Medical History: - Historia médica pasada

Allergies: Alergias:

Does your child have any allergies to the following items? If yes, please explain the reaction and treatment used: ¿Tiene su hijo alguna alergia a los siguientes artículos? En caso afirmativo, explique la reacción y el tratamiento utilizado:

Medication/Drugs (specify what medication): _____
Medicamentos / drogas (especifique qué medicamento)

Bee/wasp sting: _____
Picadura de abeja/avispa

Peanut products: _____
Productos de maní

Other foods (specify): _____
Otros alimentos (especifique)

Seasonal allergies (when, symptoms, treatment): _____
Alergias estacionales (cuando, síntomas, tratamiento)

Has your child ever required the use of an EPI pen for a severe allergic reaction? _____
¿Alguna vez ha requerido su hijo el uso de una pluma EPI para una reacción alérgica grave?

If yes, please give details: _____
Si es así, por favor dé detalles

Asthma: Asma

Has your child been diagnosed with Asthma? _____

¿Le han diagnosticado asma a su hijo?

If yes, What are the child's triggers (allergies, colds, exercise, heat, etc.) and what is the treatment? En caso afirmativo, ¿cuáles son los factores desencadenantes del niño (alergias, resfriados, ejercicio, calor, etc.) y cuál es el tratamiento?

When was the last asthma attack? _____

¿Cuándo fue el último ataque de asma?

Seizures: Convulsiones

Has your child ever had a seizure? _____

¿Alguna vez su hijo tuvo una convulsión?

If yes, what type of seizure, the last time they had a seizure, and does your child take medications for seizures? En caso afirmativo, ¿qué tipo de convulsión, la última vez que tuvo una convulsión, y su hijo toma medicamentos para las convulsiones?

Other: Otro

If your child has any of the following conditions, please write 'yes' and the treatment for the conditions. Si su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones, escriba "sí" y el tratamiento para las condiciones.

ADD/ADHD? _____

¿ADD/ADHD?

Heavy Nosebleeds? _____

¿Las hemorragias nasales pesadas?

Migraines/frequent headaches? _____

¿Migrañas/dolores de cabeza frecuentes?

Heart Condition? (Be specific and any testing done) ¿Problemas cardiacos? (Sea específico y cualquier prueba hecha) _____

Diabetes? _____

¿Diabetes?

Any other health concerns/conditions? _____

¿Alguna otra preocupación/condición de salud?

Recent Injuries? _____

¿Lesiones recientes?

Surgical History (type and date) Historial quirúrgico (tipo y fecha)

Does your child wear glasses or contacts? _____

¿Su hijo usa lentes o lentes de contacto?

Does your child require any assistive devices (orthopedic, hearing aids, etc.): ¿Necesita su hijo algún dispositivo de asistencia (ortopédico, audífonos, etc.): _____

Medications: Medicamentos

Does your child take any medications on a daily basis, including over the counter medications?
¿Toma su hijo algún medicamento a diario, incluidos los medicamentos de venta libre? _____

If yes, please specify the medication, dosage, and what the medication is for: En caso afirmativo,
especifique la medicación, la dosis y para qué sirve el medicamento _____

Who is your child's doctor? _____ Phone Number: _____
¿Quién es el médico de su hijo? _____ Número de teléfono _____

If you sign below, you are giving permission for the school nurse to share any/all pertinent information on this form, as needed, to the appropriate school staff. This is for the safety and well-being of your child. The staff member will be instructed to keep this information confidential. If you choose not to have the information shared, please return the form in a sealed envelope to the school nurse's attention. Si firma a continuación, está dando permiso para que la enfermera de la escuela comparta cualquier/toda la información pertinente en este formulario, según sea necesario, al personal de la escuela correspondiente. Esto es para la seguridad y el bienestar de su hijo. El miembro del personal será instruido para mantener esta información confidencial. Si elige no compartir la información, devuelva el formulario en un sobre sellado a la atención de la enfermera de la escuela.

Printed Name – Imprime tu nombre

Parent's Signature – Firma de los padres

Date - Fecha

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)			
Child's Name (Last) (First)		Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth / /
Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier		
Parent/Guardian Name	Home Telephone Number () -	Work Telephone/Cell Phone Number () -	
Parent/Guardian Name	Home Telephone Number () -	Work Telephone/Cell Phone Number () -	
I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.			
Signature/Date		This form may be released to WIC. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER			
Date of Physical Examination:	Results of physical examination normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Abnormalities Noted:	Weight (must be taken within 30 days for WIC)		
	Height (must be taken within 30 days for WIC)		
	Head Circumference (if <2 Years)		
	Blood Pressure (if ≥3 Years)		

IMMUNIZATIONS	<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached <input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: _____
----------------------	---

MEDICAL CONDITIONS		
Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Medications/Treatments • List medications/treatments:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Allergies/Sensitivities • List allergies:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS					
Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

<input type="checkbox"/> I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.	
Name of Health Care Provider (Print)	Health Care Provider Stamp:
Signature/Date	

Instructions for Completing the Universal Child Health Record (CH-14)

Section 1 - Parent

Please have the parent/guardian complete the top section and sign the consent for the child care provider/school nurse to discuss any information on this form with the health care provider.

The WIC box needs to be checked only if this form is being sent to the WIC office. WIC is a supplemental nutrition program for Women, Infants and Children that provides nutritious foods, nutrition counseling, health care referrals and breast feeding support to income eligible families. For more information about WIC in your area call 1-800-328-3838.

Section 2 - Health Care Provider

1. Please enter the date of the physical exam that is being used to complete the form. Note significant abnormalities especially if the child needs treatment for that abnormality (e.g. creams for eczema; asthma medications for wheezing etc.)

- **Weight** - Please note pounds vs. kilograms. If the form is being used for WIC, the weight must have been taken within the last 30 days.
- **Height** - Please note inches vs. centimeters. If the form is being used for WIC, the height must have been taken within the last 30 days.
- **Head Circumference** - Only enter if the child is less than 2 years.
- **Blood Pressure** - Only enter if the child is 3 years or older.

2. **Immunization** - A copy of an immunization record may be copied and attached. If you need a blank form on which to enter the immunization dates, you can request a supply of Personal Immunization Record (IMM-9) cards from the New Jersey Department of Health, Vaccine Preventable Diseases Program at 609-826-4860. The Immunization record must be attached for the form to be valid.

- "Date next immunization is due" is optional but helps child care providers to assure that children in their care are up-to-date with immunizations.

3. **Medical Conditions** - Please list any ongoing medical conditions that might impact the child's health and well being in the child care or school setting.

a. Note any significant medical conditions or major surgical history. **If the child has a complex medical condition, a special care plan should be completed and attached for any of the medical issue blocks that follow.** A generic care plan (CH-15) can be downloaded at www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot or pdf. Hard copies of the CH-15 can be requested from the Division of Family Health Services at 609-292-5666.

b. **Medications** - List any ongoing medications. Include any medications given at home if they might impact the child's health while in child care (seizure, cardiac or asthma medications, etc.). Short-term medications such as antibiotics do not need to be listed on this form. Long-term antibiotics such as antibiotics for urinary tract infections or sickle cell prophylaxis should be included.

PRN Medications are medications given only as needed and should have guidelines as to specific factors that should trigger medication administration.

Please be specific about what over-the-counter (OTC) medications you recommend, and include information for the parent and child care provider as to dosage, route, frequency, and possible side effects. Many child care providers may require separate permissions slips for prescription and OTC medications.

c. **Limitations to physical activity** - Please be as specific as possible and include dates of limitation as appropriate. Any limitation to field trips should be noted. Note any special considerations such as avoiding sun exposure or exposure to allergens. Potential severe reaction to insect stings should be noted. Special considerations such as back-only sleeping for infants should be noted.

d. **Special Equipment** - Enter if the child wears glasses, orthodontic devices, orthotics, or other special equipment. Children with complex equipment needs should have a care plan.

e. **Allergies/Sensitivities** - Children with life-threatening allergies should have a special care plan. Severe allergic reactions to animals or foods (wheezing etc.) should be noted. Pediatric asthma action plans can be obtained from The Pediatric Asthma Coalition of New Jersey at www.pacnj.org or by phone at 908-687-9340.

f. **Special Diets** - Any special diet and/or supplements that are medically indicated should be included. Exclusive breastfeeding should be noted.

g. **Behavioral/Mental Health issues** - Please note any significant behavioral problems or mental health diagnoses such as autism, breath holding, or ADHD.

h. **Emergency Plans** - May require a special care plan if interventions are complex. Be specific about signs and symptoms to watch for. Use simple language and avoid the use of complex medical terms.

4. **Screening** - This section is required for school, WIC, Head Start, child care settings, and some other programs. This section can provide valuable data for public health personnel to track children's health. Please enter the date that the test was performed. Note if the test was abnormal or place an "N" if it was normal.

- For lead screening state if the blood sample was capillary or venous and the value of the test performed.
- For PPD enter millimeters of induration, and the date listed should be the date read. If a chest x-ray was done, record results.
- Scoliosis screenings are done biennially in the public schools beginning at age 10.

This form may be used for clearance for sports or physical education. As such, please check the box above the signature line and make any appropriate notations in the Limitation to Physical Activities block.

5. Please sign and date the form with the date the form was completed (note the date of the exam, if different)

- Print the health care provider's name.
- Stamp with health care site's name, address and phone number.

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION HISTORY FORM

(Note: This form is to be filled out by the patient and parent prior to seeing the physician. The physician should keep a copy of this form in the chart.)

Date of Exam _____
 Name _____ Date of birth _____
 Sex _____ Age _____ Grade _____ School _____ Sport(s) _____

Medicines and Allergies: Please list all of the prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal and nutritional) that you are currently taking

Do you have any allergies? Yes No If yes, please identify specific allergy below.

Medicines Pollens Food Stinging Insects

Explain "Yes" answers below. Circle questions you don't know the answers to.

GENERAL QUESTIONS	Yes	No	MEDICAL QUESTIONS	Yes	No
1. Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason?			26. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?		
2. Do you have any ongoing medical conditions? If so, please identify below: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infections Other: _____			27. Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
3. Have you ever spent the night in the hospital?			28. Is there anyone in your family who has asthma?		
4. Have you ever had surgery?			29. Were you born without or are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU	Yes	No	30. Do you have groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
5. Have you ever passed out or nearly passed out DURING or AFTER exercise?			31. Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last month?		
6. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?			32. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
7. Does your heart ever race or skip beats (irregular beats) during exercise?			33. Have you had a herpes or MRSA skin infection?		
8. Has a doctor ever told you that you have any heart problems? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> A heart murmur <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> A heart infection <input type="checkbox"/> Kawasaki disease Other: _____			34. Have you ever had a head injury or concussion?		
9. Has a doctor ever ordered a test for your heart? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)			35. Have you ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?		
10. Do you get lightheaded or feel more short of breath than expected during exercise?			36. Do you have a history of seizure disorder?		
11. Have you ever had an unexplained seizure?			37. Do you have headaches with exercise?		
12. Do you get more tired or short of breath more quickly than your friends during exercise?			38. Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY	Yes	No	39. Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling?		
13. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 50 (including drowning, unexplained car accident, or sudden infant death syndrome)?			40. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
14. Does anyone in your family have hypertrophic cardiomyopathy, Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy, long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia?			41. Do you get frequent muscle cramps when exercising?		
15. Does anyone in your family have a heart problem, pacemaker, or implanted defibrillator?			42. Do you or someone in your family have sickle cell trait or disease?		
16. Has anyone in your family had unexplained fainting, unexplained seizures, or near drowning?			43. Have you had any problems with your eyes or vision?		
BONE AND JOINT QUESTIONS	Yes	No	44. Have you had any eye injuries?		
17. Have you ever had an injury to a bone, muscle, ligament, or tendon that caused you to miss a practice or a game?			45. Do you wear glasses or contact lenses?		
18. Have you ever had any broken or fractured bones or dislocated joints?			46. Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?		
19. Have you ever had an injury that required x-rays, MRI, CT scan, injections, therapy, a brace, a cast, or crutches?			47. Do you worry about your weight?		
20. Have you ever had a stress fracture?			48. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
21. Have you ever been told that you have or have you had an x-ray for neck instability or atlantoaxial instability? (Down syndrome or dwarfism)			49. Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods?		
22. Do you regularly use a brace, orthotics, or other assistive device?			50. Have you ever had an eating disorder?		
23. Do you have a bone, muscle, or joint injury that bothers you?			51. Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?		
24. Do any of your joints become painful, swollen, feel warm, or look red?			FEMALES ONLY		
25. Do you have any history of juvenile arthritis or connective tissue disease?			52. Have you ever had a menstrual period?		
			53. How old were you when you had your first menstrual period?		
			54. How many periods have you had in the last 12 months?		

Explain "yes" answers here

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Signature of athlete _____ Signature of parent/guardian _____ Date _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

THE ATHLETE WITH SPECIAL NEEDS: SUPPLEMENTAL HISTORY FORM

Date of Exam _____

Name _____ Date of birth _____

Sex _____ Age _____ Grade _____ School _____ Sport(s) _____

1. Type of disability		
2. Date of disability		
3. Classification (if available)		
4. Cause of disability (birth, disease, accident/trauma, other)		
5. List the sports you are interested in playing		
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, assistive device, or prosthetic?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or any other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed with a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "yes" answers here

Please indicate if you have ever had any of the following.

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
X-ray evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "yes" answers here

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Signature of athlete _____ Signature of parent/guardian _____ Date _____

© 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. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

New Jersey Department of Education 2014; Pursuant to P.L.2013, c. 71

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name _____ Date of birth _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more sensitive issues
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5–14).

EXAMINATION		
Height _____	Weight _____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse _____	Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) ^b		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic ^c		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

^aConsider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.
^bConsider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.
^cConsider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

- Cleared for all sports without restriction
- Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

- Not cleared
- Pending further evaluation
 - For any sports
 - For certain sports _____
- Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, a physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) (print/type) _____ Date _____
 Address _____ Phone _____
 Signature of physician, APN, PA _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION CLEARANCE FORM

Name _____ Sex M F Age _____ Date of birth _____

Cleared for all sports without restriction
 Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

Not cleared
 Pending further evaluation
 For any sports
 For certain sports _____
Reason _____

Recommendations _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies _____

Other information _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician, APN, PA _____

Completed Cardiac Assessment Professional Development Module

Date _____ Signature _____