

### INSCRIPCIÓN CUESTIONARIO DE RESIDENCIA

De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva Jersey (NJSA 18A: 38-1 y 18A: 7B-12) es necesario para determinar la residencia de los estudiantes que ingresan al distrito escolar.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección actual:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en la dirección arriba?

\_\_\_\_\_

¿Tiene intención presente de mudarse de esta casa?      Sí \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuándo y adónde?

\_\_\_\_\_

Mi última residencia permanente fue:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Razón para salir:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_, mi familia no ha tenido una residencia permanente.

Yo recibo correo a:

\_\_\_\_\_

¿Tiene usted cualquieras residencias en otra parte?      Sí \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿dónde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor, indique si el estudiante vive en alguna de las facilidades siguientes:

_____ Hotel/Motel	_____ Refugio
_____ Provisión de Vivienda Transicional	_____ Refugio de Violencia Doméstica
_____ Refugio de Jóvenes Fugitivos	_____ Vivienda de Familia Migrante
_____ A un campamento	_____ En un carro

- \_\_\_\_\_ Casa para las madres adolescentes de edad escolar
- \_\_\_\_\_ Casa móvil
- \_\_\_\_\_ Casa de familia por necesidad (abuelos, tía, tío, primos, hermano/hermana, etc.)
- \_\_\_\_\_ Casa de amigo por necesidad
- \_\_\_\_\_ Otro (Explica, por favor)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Ninguna de estas situaciones se aplica

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_

**Preescolar Encuesta sobre Idiomas  
Padres/ Guardián Cuestionario**

**Por favor, escribe con claridad**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(nombre) (segundo) (apellido)

Fecha de la entrada de la escuela: \_\_\_\_\_

Persona que completa la encuesta:  la madre  el padre  un/a abuelo/a  guardián  Otro

Por favor, cuéntenos de su hijo/a:

1. ¿Qué idioma aprendió el niño cuando él / ella empezó a hablar? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué idioma habla la familia en casa la mayor parte del tiempo? \_\_\_\_\_
3. ¿Qué idioma (s) habla el/la cuidador/a (s) primario/a con el hijo mayor parte del tiempo?  
\_\_\_\_\_
4. ¿Qué idioma (s) habla el niño a su cuidador primario la mayor parte del tiempo? \_\_\_\_\_
5. ¿Qué idioma (s) habla el niño a sus hermanos y hermanas la mayoría de las veces?  
\_\_\_\_\_
6. ¿Qué idioma habla el niño a sus amigos la mayoría de las veces? \_\_\_\_\_
7. Por favor liste cualquier programa (s) de preescolar que su hijo asistió antes de venir a nuestro programa:  
\_\_\_\_\_
8. ¿En qué idioma desea recibir información de la escuela? \_\_\_\_\_
9. ¿Qué nombre usa para su hijo (si es diferente del anterior)? \_\_\_\_\_



Ciudadano Estadounidense: Sí      No

Lugar de nacimiento de madre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo de madre: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Cargo que ocupa: \_\_\_\_\_ Última Grado Completado: \_\_\_\_\_

Viviendo con: (marque uno) Ambos Padres                      Madre Sólo                      Padre Sólo

Otro: \_\_\_\_\_

Custodia legal: Conjunto: \_\_\_\_\_ Colocación con: \_\_\_\_\_

Otro (específica): \_\_\_\_\_

Condiciones de la Corte de la Familia: \_\_\_\_\_

NOTE: CONDICIONES NO pueden ser honrado SIN UNA COPIA DE ORDEN JUDICIAL EN EL EXPEDIENTE DEL NIÑO. Si las condiciones cambian, ESCUELA DEBE SER ENVIADO UNA COPIA DE CAMBIOS PARA HONRARLAS.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si no vive con los padres:

Nombre del guardián: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su lengua nativa? \_\_\_\_\_

¿Qué idiomas se hablan en su casa? \_\_\_\_\_

Escuela anterior: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Niño estaba matriculado en cualquiera de estos programas? (círcula)

Preescolar discapacitados      Habla/Lenguaje                      Educación Especial

Enriquecimiento                      Remediación de Lectura                      Matemáticas Remediales

Remediación de Artes del Lenguaje                      ESL / Servicios de Inglés como Segunda Lenguaje

Preocupaciones de disciplina-explica: (expulsado/suspendido)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Este niño asistió previamente North Wildwood School District? Sí No

Fecha: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Lista todas las escuelas asistido por el niño:

1. \_\_\_\_\_ Fecha:  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Fecha:  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Fecha:  
\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Fecha:  
\_\_\_\_\_

Nombres completos de todos los niños en la familia (Lista el niño más viejo primero; incluye este niño)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ M

F

#### ESTUDIANTE CONECTADO MILITAR

Padre /Guardián es:

\_\_\_\_\_ No conectado al militar

\_\_\_\_\_ Servicio Activo (tiempo completo) Rama Militar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ National Guardia o la Reserva Rama Militar: \_\_\_\_\_

Margarita Maza School  
HISTORIA SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA**

**A Nacimiento:**

Describe cualquier enfermedad grave durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Describe cualquier condición inusual al nacer.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Fue su hijo prematuro? Sí No      Peso al Nacer \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ oz

**Patrones de Desarrollo:**

¿A qué edad niño caminó por primera vez? \_\_\_\_\_

¿El niño trastabilla, cae, o se topa con cosas? Sí No      ¿Frecuentemente? Sí No

¿Los patrones del habla normal? Sí No      ¿Fácilmente entendido por los demás? Sí No

¿El niño ha recibido terapia de lenguaje? Si es así, cuando \_\_\_\_\_, duración \_\_\_\_\_

¿dónde? \_\_\_\_\_

¿El niño ha visto niño un especialista de ojos?      Sí No

¿Lleva gafas or lentes de contacto?      Sí No

    Todo el tiempo      Sí No

    Solamente para ver televisión      Sí No

    Para trabajos asiento      Sí No

    Se ha puesto un parcheoftalmólogo      Sí No

Médico de  
Familia \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista de Familia  
\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(al revés)

**¿Ha tenido su hijo?:** (Círculo) \*Fecha En caso afirmativo, por favor explique.

- |                                      |     |    |       |       |
|--------------------------------------|-----|----|-------|-------|
| 1. Varicela                          | Sí* | No | _____ | _____ |
| 2. Alergia a las picaduras de abejas | Sí* | No | _____ | _____ |
| 3. Herida de la cabeza o contusión   | Sí* | No | _____ | _____ |
| 4. Trastorno convulsivo              | Sí* | No | _____ | _____ |
| 5. Los problemas del corazón         | Sí* | No | _____ | _____ |
| 6. Diabetes                          | Sí* | No | _____ | _____ |
| 7. Enfermedad de Lyme                | Sí* | No | _____ | _____ |
| 8. Neumonía                          | Sí* | No | _____ | _____ |
| 9. Asma                              | Sí* | No | _____ | _____ |
| 10. Hemorragias nasales              | Sí* | No | _____ | _____ |
| 11. Erupciones en la piel o eczema   | Sí* | No | _____ | _____ |
| 12. Los problemas de audición        | Sí* | No | _____ | _____ |
| 13. Fracturas                        | Sí* | No | _____ | _____ |
| 14. Los problemas emocionales        | Sí* | No | _____ | _____ |

Describe cualquier otra enfermedad / alergias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Información Médica**

Lista hospitalizaciones, operaciones y / o accidentes graves con fechas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es niño actualmente bajo el cuidado de un médico? Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lista los medicamentos que su hijo toma: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lista cualquier otra información útil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Yo doy permiso para liberar la anterior información médica al personal apropiado de la escuela para alertar al personal de cualquier potencial emergencia médica:*

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
(padre / tutor)