



BIENVENIDOS A LA COATESVILLE ZONA DISTRITO ESCOLAR

Una comunidad de aprendizaje rico en diversidad y comprometida con la excelencia.

REGISTRO CENTRAL Grados K-12

El Distrito Escolar del Area de Coatesville tiene un sistema de registro central para los estudiantes que se matriculan en el distrito en los grados K-12. Los niños son elegibles para la admisión a la guardería si han alcanzado la edad de cinco (5) años en o antes del 1 septiembre^{de} o de primer grado si han alcanzado la edad de seis (6) años en o antes del 1 septiembre^{de} en la escuela año para el que se está registrando.

Para **de kinder** los niños pre-registren para el próximo año escolar, registro de primavera se producirá en la escuela a casa prospectivo del estudiante cada año. Las citas se pueden hacer poniéndose en contacto con la oficina de su escuela local. A la conclusión de la inscripción de la primavera, los estudiantes de kindergarten adicionales deben registrarse en la oficina de Registro Central. Los estudiantes en los grados 1-12 siempre serán registradas por la oficina de Registro Central.

El personal de nuestra oficina Central de Registro podrá programar citas, responder a sus preguntas y proporcionar información sobre el trabajo de papel necesaria requerida para el proceso de registro. Por favor, póngase en contacto con la oficina al:

DISTRITO DE ADMINISTRACIÓN DE EDIFICIOS / REGISTRO CENTRAL

3030 CG Zinn Camino

Thorndale, PA 19372

610-466-2400

www.casdschools.org

Favor de llamar para hacer una cita que no se permiten sin cita.

Your registration is scheduled for:

DATE: _____

TIME: _____

WITH: _____



LISTA DE INSCRIPCIÓN

PARA USO DE LA OFICINA Time: _____ Initials: _____	Entry Code: E1 E2 E3 R3 R4 R5 R6 R7 R8
To: _____	Residency Code: R RA NRF
Student Name: _____	Previous District: _____
CASD ID: _____	Previous School: _____
Registration Date: _____	Transportation Notified: Y N Start Date: _____
School Assigned: _____	US Enrollment Date: _____
School Appointment Date: _____	PA Enrollment Date: _____
Birth Certificate #: _____	IEP Noted: Y N SE Depart. Notified: _____

Uso de Padres Sólo

Sólo uso de la oficina

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Traiga el Inscrición Formulario | <input type="checkbox"/> Formulario de Inscrición |
| <input type="checkbox"/> Traiga Prueba de edad | <input type="checkbox"/> Prueba de edad |
| <input type="checkbox"/> Llevar registros de inmunización | <input type="checkbox"/> Inmunización Registros |
| <input type="checkbox"/> Traiga Prueba de Residencia | <input type="checkbox"/> Prueba de Residencia |
| <input type="checkbox"/> Traiga reciente Boleta / Transcripción | <input type="checkbox"/> reciente Reporte / Transcripción |
| <input type="checkbox"/> Traiga Archivos de Educación Especial (si procede) | <input type="checkbox"/> Archivos de Educación Especial (si es aplicable) |
-
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inicio Encuesta del Idioma | <input type="checkbox"/> Encuesta Inicio Idioma |
| <input type="checkbox"/> Declaración de Registro de los padres | <input type="checkbox"/> de los padres de Registro Declaración |
| <input type="checkbox"/> Autorización para la Divulgación de Expedientes | <input type="checkbox"/> de Autorización para la Divulgación Expedientes |
| <input type="checkbox"/> de Autorización para la Inmunización Release | <input type="checkbox"/> Autorización de Inmunización de lanzamiento |
| <input type="checkbox"/> de Emergencias Médicas / Salud Historia | <input type="checkbox"/> Médica de Emergencia / Salud Historia |

Doc Needed: _____

Documents eMailed/Faxed to School: _____
 Padres: _____

DOCUMENTOS PA ESTADO REQUERIDO PARA TODOS LOS NIÑOS

Todas las solicitudes de inscripción de los estudiantes **deben** contener lo siguiente:

1. Prueba de Edad [24 PS §13-1304; Política 201]

- Certificado de nacimiento o certificado original;
- Pasaporte o;
- Certificado original o certificado de bautismo, si la fecha de nacimiento se indica.

2. Inmunización Registros [24 §13-1303a PS; Política 201]

- Certificado de inmunización.

Los estudiantes que no están vacunados como es requerido por el Departamento de Salud de Pennsylvania, o que no son médicamente o religiosamente exentos *no podrán ser admitidos a la escuela.*

3. Prueba de residencia * [24 PS §13-1302; Política 202]

Solicitud de registro debe ir acompañada de una (1) prueba de residencia de dos (2) pruebas de residencia de la Lista "B".Lista 'A' y

Lista A (uno **(1)** de los siguientes)

1. Totalmente ejecutada actual contrato de arrendamiento de viviendas y / o;
2. Escritura y / o grabado;
3. Documento de liquidación de hipotecas (s) o libro de pago de la hipoteca.

Y

la lista B (dos **(2)** de los siguientes)

1. Licencia de conducir válida de Pennsylvania con la dirección actual y / o;
2. Tarjeta del propietario del vehículo Válido con la dirección actual y / o;
3. Factura de servicios públicos (siempre dentro de los 30 días si recién se mudó) y / o;
4. Tarjeta de identificación válida de Pennsylvania y / o;
5. Talón de cheque de salario, asistencia pública o la seguridad social emitido dentro de los último 30 días y / o;
6. Carta del empleador verificando dirección en los registros de empleo.

Si usted reside con otra familia en el Distrito Escolar del Área de Coatesville, por favor complete una **ocupación múltiple param** que debe ser notariada.

4. Declaración de Registro de Padres [24 §13-1304a PS; Política 218.1]

- Declaración de Registro de Padres que acredite si el estudiante ha sido suspendido o expulsado por delitos relacionados con drogas o alcohol, armas o violencia.

Los documentos anteriormente encomendadas deberán completarse y presentarse ante el distrito escolar *antes* decualquier niño de ser aceptado como alumno.

Alumnos Inmunizaciones

Requisitos Pennsylvania Escuela de Inmunización (Autoridad: 28 Código PA §23 (C))

Todos los estudiantes necesitan las siguientes vacunas para asistir a la escuela:

- 4 dosis de tétanos * (1 dosis en o después de cumplir 4 años)
- 4 dosis de difteria * (1 la dosis en o después del cuarto cumpleaños)
- 3 dosis de polio
- 2 dosis de sarampión **
- 2 dosis de paperas **
- 1 dosis de la rubéola ** (sarampión alemán)
- 3 dosis de Hepatitis B
- 2 dosis de varicela (varicela) con la primera dosis en o después del 1er cumpleaños o antecedentes de enfermedad

** Por lo general da como DTP o DTaP o DT o TD*

*** Por lo general da como MMR con la primera dosis en o después del 1er cumpleaños*

Los estudiantes de séptimo grado también necesitan las siguientes vacunas:

1 dosis de el tétanos, la difteria, la tos ferina acelular (Tdap) si han transcurrido 5 años desde la última vacunación contra el tétanos

1 dosis de vacuna conjugada meningocócica (MCV)

La prueba de inmunización significa un registro escrito que muestra las fechas (mes, día, año) que su hijo fue inmunizado.

Las únicas excepciones a las leyes de la escuela para la inmunización son razones médicas y las creencias religiosas. Si su hijo está exento de las vacunas, su hijo *puede* ser removido de la escuela durante un brote de la enfermedad.

FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE/CENSO

Solo Para Uso Administrativo: Student # _____ PA State ID#: _____ Enrollment Date: _____
Entry Code _____ District Enrollment Date: _____ State Enrollment Date: _____ US Enrollment Date: _____

COMIENCE AQUI-- IMPRIMA POR FAVOR

Nombre legal del Estudiante: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Escriba dirección complete de 911: (ningún número del PO Box, debe tener dirección de calle.)

Dirección: _____
(Numero de la casa) (Calle) (Numero de apartamento)

Ciudad: _____ Estado: PA Código Postal: _____ Teléfono Hogar _____

Dirección Postal: (P.O. Box solamente si no es el mismo del anterior) _____

Ciudad: _____ Estado: PA Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento / / Sexo: M F Estudiante es: Ciudadano Inmigrante Emigrante
Mes Día Año

Grado: (Marque una) K 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 Otro: _____

Ascendencia: (Marque una) Hispano/Latino Si No

Raza: (marque una o más) Blanco Negro Hispano Asiático Indígena de Alaska, Nativo Americano Nativo de Hawái/Isleña del Pacífico

El estudiante vive con: Padre y Madre Sólo Padre Sólo Madre Padrastro
 Madrasta Guardián (Parentesco) _____ Padre Adoptivo
 Madre adoptiva Abuela Abuelo Tío Tía Hermano Hermana

Padre (Sr. Dr.) _____ (Marque una) _____ Jr. _____ Sr. _____ II _____ III _____ IV Estado Civil _____ Solo _____ Se Casó _____ Divorció _____ Separó	Madre (Sra. Dr.) _____ Apellido de Soltera: _____ Estado Civil _____ Solo _____ Se Casó _____ Divorció _____ Separó
Guardián (Dr. Sr.) _____ Lugar de Trabajo: _____ Teléfono de Trabajo: _____	Guardián (Sra. Dr.) _____ Lugar de Trabajo: _____ Teléfono de Trabajo: _____
Teléfono Hogar: _____ Teléfono Celular: _____ Marque si es Primerio # <input type="checkbox"/>	Teléfono Hogar: _____ Teléfono Celular: _____ Marque si es Primerio # <input type="checkbox"/>
Dirección: (Sólo si es diferente del estudiante) _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____	Dirección: (Sólo si es diferente del estudiante) _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____
Dirección anterior de recibir envíos de distrito también _____ Si _____ No	Dirección anterior de recibir envíos de distrito también _____ Si _____ No
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____

El tipo de Residencia: (Marque una) Residente Hijo Adoptivo Niño de Tutor Residente Futura No-Residente
(Requiere carta de agencia) (Requiere declaración) (Requiere carta de agencia) (Requiere Declaración & el Acuerdo de Ventas o Contrato de Construcción)
 Residente de multi-ocupación Divisas Sin hogar: Si No Residir en el refugio Si No
(Requiere forma de la ocupación múltiple) (Requirió con autorización previa)
Nombre de la Agencia _____ Teléfono # _____ Contacto: _____
¿Tiene el estudiante problemas relacionados de salud que requieren atención? _____ Si _____ No
¿Si sí, cuál es el problema? _____
¿Ha sido identificado el estudiante para cualquiera de los servicios siguientes? Educación Especial ESL Superdotados 504 Otro _____
Idioma en el Hogar: _____ País de Origen: _____

**COATESVILLE AREA SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE/CENSO**

Página 2 de 2

Información de Emergencia: (Liste por favor otros que pueden ser contactados por la escuela durante el día)

Nombre: _____
 Parentesco: _____
 Teléfono Hogar: _____
 Teléfono Celular: _____
 Teléfono de Trabajo: _____

Nombre: _____
 Parentesco: _____
 Teléfono Hogar: _____
 Teléfono Celular: _____
 Teléfono de Trabajo: _____

Certificado de Nacimiento # _____ Ciudad de Nacimiento _____ Estado de Nacimiento _____ País de Nacimiento _____

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR:

Nombre y Dirección de la escuela anterior: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de Teléfono: _____

Nombre y Dirección de la escuela anterior: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de Teléfono: _____

Grado Anterior: _____ Última Fecha Asistió: _____

LISTE POR FAVOR CUALQUIER HERMANO O HERMANA QUE RESIDEN EN LA MISMA DIRECCIÓN:

Nombre (Apellido, Primer Nombre)	Fecha de Nacimiento	Sexo (Marque una)	Grado	Escuela Asistir
_____	_____	Macho o Hembra _____	_____	_____
_____	_____	Macho o Hembra _____	_____	_____
_____	_____	Macho o Hembra _____	_____	_____
_____	_____	Macho o Hembra _____	_____	_____
_____	_____	Macho o Hembra _____	_____	_____

Firma del padre

Fecha

Coatesville Area School District le proveer oportunidades para educación a todas personas a pesar de su raza, religión, color, ascendencia, origen nacional, sexo, invalidísimo o invalidez, como se proveer por el acto de Relaciones Humanos de Pensilvania, 42 P.S. Sección 951, et seq., el Título del Acto de Derecho Para obtener información con respecto a derechos civiles, procedimientos para anotar quejas, servicios, actividades y facilidades que son accesibles y utilizables por las personas invalidas, póngase en contacto: Director of Pupil Services, 545 East Lincoln Highway, Coatesville, PA 19320. Teléfono: 610 466-2400.

Solo Para Uso Administrativo: Data Entry Date: _____ Entered By: _____

Send copy of Registration Form to: Home School, Transportation & Special Education (when applicable)

Distrito Escolar de Coatesville
Liberación/cambio de formulario de información

Nombre (apellido, primer) estudiante _____

fecha de nacimiento _____

Grado _____

Con el fin de proporcionar y recibir información con otra persona u organización en relación con el estudiante nombrado arriba, distrito escolar de Coatesville requiere el consentimiento de los padres/tutor.

Al firmar este formulario, le está dando permiso para obtener información sobre su hijo que se intercambiarán entre el distrito escolar de Coatesville y la persona u organización a continuación:

Persona / organización: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Tipos de información a ser liberado de la persona u organización mencionadas a Coatesville distrito escolar:

- Educativo Registros (calificaciones, asistencia, etc.). Psicológica Informes
- Médicas/ neurológicas discurso/Hearing información
- Psiquiátrico Información / informes IEP/Special Education informes y registros
- Resumen de Resumen de servicios recibido tratamiento o tratamiento actualizaciones
- Otros (especificar): _____

Yo certifico que soy el padre, tutor legal o designado sustituto educativo del estudiante nombrado arriba. Yo doy permiso para el intercambio de información según se solicita. Soy consciente de mis derechos legales con respecto a la publicación de información personal identificable, incluyendo mi derecho a retirar el permiso en cualquier momento y a obtener copias de la información previa solicitud por escrito. Entiendo que este permiso es válido solamente para el propósito indicado arriba.

Firma del padre/tutor: _____ fecha: _____

Firma del estudiante: _____ fecha: _____

Este consentimiento es válido _____ a _____ (máximo 1 año)

Uso de oficina solamente:
POR FAVOR, REGISTRES PARA:

Adjuntar dirección
etiqueta aquí



ENCUESTA DE IDIOMA EN EL HOGAR (HOME LANGUAGE SURVEY)¹

La Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights (OCR)) requiere que todas las Agencias de educación locales (Local Education Agencies (LEA)) identifiquen a los alumnos con dominio limitado del inglés, (limited English proficient (LEP)) con el fin de proporcionar programas de instrucción del idioma adecuados para ellos. Pennsylvania seleccionó la Encuesta de idioma en el hogar como el paso inicial en el proceso de identificación.

Distrito escolar: Coatesville Area School District **Fecha:** _____

Escuela: Coatesville Area

Nombre del alumno: _____ **Grado:** _____

1. ¿Cuál es/fue el primer idioma del alumno? _____

2. ¿El estudiante habla otro(s) idioma(s) aparte del inglés? Sí No

(No incluya los idiomas aprendidos en la escuela).

En caso afirmativo, especifique el(los) idioma(s): _____

3. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en su casa? _____

4. ¿El estudiante asistió a alguna escuela de Estados Unidos en cualquiera de 3 años durante su vida? Sí No

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre de la escuela	Estado	Fechas en que asistió
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Persona que completa este formulario: _____

(Si no es el padre/madre/tutor legal)

Firma del padre/madre/tutor legal: _____

¹ La agencia de educación local (local education agency (LEA)) tiene la responsabilidad bajo la ley federal, de atender a los alumnos que tienen dominio limitado del inglés y necesitan servicios de instrucción en inglés. De acuerdo con esta responsabilidad, LEA tiene derecho a solicitar la información que necesita para identificar a los estudiantes de idioma inglés (English Language Learners (ELL)). Como parte de la responsabilidad de ubicar e identificar a los ELL, la LEA puede realizar evaluaciones o pedir información relacionada con los estudiantes que ya estén inscritos en la escuela así como de alumnos que se inscriban en LEA en el futuro.



Coatesville Area School District
Anexo A - Declaración del padre de familia para la inscripción

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Nombre del padre/madre/tutor legal _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

El Código escolar §13-1304-A de Pennsylvania especifica, en una sección, "Antes de la admisión a cualquier entidad escolar, el padre, la madre, el tutor legal o cualquier otra persona que tenga control o se encuentre a cargo de un estudiante deberá, al momento de la inscripción, presentar un testimonio o una declaración jurada en la que indique si el estudiante estuvo o está actualmente suspendido o expulsado de alguna escuela pública o privada de este Estado o de cualquier otro estado por algún acto criminal relacionado con armas, alcohol o drogas, por haber causado intencionalmente lesiones a otra persona, o por cualquier acto de violencia cometido en la propiedad escolar".

Complete la siguiente sección:

Por la presente, juro y declaro que mi hijo/a fue _____ no fue _____ suspendido o expulsado anteriormente, o está _____ no está _____ actualmente suspendido o expulsado de alguna escuela pública o privada de este Estado o de cualquier otro estado por un acto criminal relacionado con armas, alcohol o drogas, por haber causado intencionalmente lesiones a otra persona, o por cualquier acto de violencia cometido en la propiedad escolar. Realizo la presente declaración sujeto a las sanciones de 24 P.S. §13-1304-A(b) y 18 Pa. C.S.A. §4904, respecto de falsificaciones no juradas a las autoridades, y declaro que los datos del presente documento son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender.

Si este estudiante ha estado o está suspendido o expulsado de otra escuela, complete lo siguiente:

Nombre de la escuela de la que fue suspendido o expulsado:

Fechas de suspensión o expulsión:

(Indique las escuelas y fechas adicionales de expulsión o suspensión al dorso de esta página).

Motivo de la suspensión/expulsión (opcional):

Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha: _____

Nombre del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha _____

INFORMACIÓN MÉDICA

PADRES/GUARDIÁN

Nombre de la **Madre** _____

Dirección Residencial _____

Teléfono Residencial _____

Empleo (Trabajo) _____

Teléfono del Trabajo _____

Nombre del **Padre** _____

Dirección Residencial _____

Teléfono Residencial _____

Teléfono del Trabajo _____

Nombre de los **Abuelos** u otro Familiar _____

Dirección Residencial _____

Teléfono Residencial _____

Empleo _____

Teléfono del Trabajo _____

PERSONA ENCARGADA DEL NIÑO DESPUÉS DE LA ESCUELA:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

DOCTOR

DENTISTA

Nombre _____

Número de Teléfono _____

(Circule Si o No)

El estudiante ha tenido alguna operación o enfermedad seria?..... Si No

Qué? _____ Cuando? _____

Ha tenido que ir al hospital para tratamiento de esa condición? Si NO

Para qué? _____ Cuando? _____

Está tomando medicamento en estos momentos(no incluya vitaminas)? Si NO

Nombre del medicamento _____ Cuando? _____

Cuántas veces durante horas de escuela? _____

Para qué? _____

Eres alérgico a cualquier medicina, comida, insectos etc.? Si NO

Qué? _____

El estudiante ha tenido convulsiones? Si NO

Cuando? _____ Cuan frecuente? _____

Tratamiento _____

Usted tiene alguna dieta especial o problema de digestión? Si NO

Especifique _____

Usted tiene algún problema de salud, restricciones en actividades que la escuela deba saber? Si NO

Usted ha tenido otras enfermedades, accidente o hueso fracturado? Si NO

Cuando? _____ Cual fue el problema? _____

Ha visitado el dentista? Si NO

Cuando? _____ Nombre (dentista) _____

Firma de la madre/Guardián

Fecha

Firma del padre/Guardián

Fecha

Nombre: _____

Historial Medico

A. Historia Pre-Natal (circule si o no)

- 1. Tuvo la madre alguna enfermedad durante el embarazo? Si No
- 2. Tomo la madre algún medicamento durante el embarazo (no incluya hierro o vitaminas? Si No
- 3. El bebe nació a la fecha indicada?Si No

B. Historial de desarrollo

- 1. Peso de nacimiento del bebe?
- 2. Tuvo el bebe algún problema en el Hospital? Si No
- 3. Tuvo el bebe algún problema los primeros seis meses? Si No
- 4. A qué edad el niño se sentó sin necesitar ayuda?
- 5. A qué edad el niño caminó (sin ayuda)?
- 6. A qué edad el niño hablo dos o tres palabras seguidas?
- 7. Su niño puede ir al inodoro o lavado sin ayuda?Si No
- 8. Si el niño mojó la cama, a qué edad paro?

C. Historial de Salud Familiar

- 1. Circule las siguientes enfermedades que los padres, abuelos, tíos, hermanos, del niño han tenido: Alergias: asma, cáncer, adicción de drogas o alcohol, diabetes, enfermedad del Corazón, ataques, trastorno nervioso, tuberculosis, envenenamiento, célula de hoz o falciformes, visión/ audición/problema de aprendizaje, anemias, otras enfermedades hereditaria o de familia...
- 2. Miembros de la Familia (nota cualquier relacion especial con padrastros, hermanastros etc.)

Relación	Edad	Nombre	Estado de salud	Occupation
Madre				
Padre				
Hermanos				
Hermanas				

- 3. Algunos de su familiares han fallecido? (no incluya pérdida del bebe) Si No
- 4. Cuantas personas viven en la casa?
- 5. Tiene problemas de familia en relación a la vivienda, trabajo, comida, etc.Si No

D. Historial de salud del Niño

1. Marque las siguientes enfermedades padecida por su hijo:

_____ Sarampión Rojo _____ Sarampión Alemán
 _____ Tos Ferina _____ Varicela
 _____ Fiebre Reumática _____ Pulmonía

- | | | |
|---|----|----|
| 2. Ha tenido el niño más de seis resfriados o infecciones de garganta con fiebre en el año? ... | Si | No |
| 3. Ha tenido el niño problemas de oído u audición? | Si | No |
| 4. Ha tenido el niño problemas con los ojos o visión? | Si | No |
| 5. Ha tenido el niño problemas dentales? | Si | No |
| 6. Ha tenido el niño problemas de convulsión (Ataques)? | Si | No |
| 7. He tenido el niño algún tipo de desmayo? | Si | No |
| 8. El niño se ha quejado de dolores de cabeza? | Si | No |
| 9. Le ha dicho el doctor que el niño tiene un murmullo (sonido) en el corazón? | Si | No |
| 10. Tiene el niño problemas de mantenerse al ritmos con otros niños? | Si | No |
| 11. Alguna comida que el niño no le siente bien? | Si | No |
| 12. Tiene a menudo el niño diarrea? | Si | No |
| 13. Ha tenido el niño problemas de estreñimiento? | Si | No |
| 14. Ha tenido el niño parásitos? | Si | No |
| 15. Ha tenido el niño sangre en la excreta? | Si | No |
| 16. Ha tenido el niño jaundice o problemas del hígado? | Si | No |
| 17. Se queja el niño de dolor de estomago? | Si | No |
| 18. Ha tenido el niño problemas de orina? | Si | No |
| 19. Ha tenido el niño problemas de la piel? | Si | No |
| 20. Ha tenido irritación o alergia en la piel? | Si | No |
| 21. Tiene el niño asma o bronquillo? | Si | No |
| 22. Ha sido alérgico a algún medicamento o vacuna? | Si | No |
| Que medicamento o vacuna? | | |
| 23. Tiene el niño problemas en respirar por la nariz? | Si | No |
| 24. El niño ronca en las noches? | Si | No |
| 25. El niño se ha quejado de dolor de pierna o brazos? | Si | No |
| 26. Ha tenido el niño hinchazón en las con juntas o ligamentos? | Si | No |
| 27. Ha habido problemas con la sangre del niño? | Si | No |
| 28. Ha ingerido el niño pintura u otra cosa que no sea comida..... | Si | No |
| 29. Ha sido tratado el niño por envenenamiento de plomo? | Si | No |
| 30. Tiene su hijo problemas al dormir? | Si | No |
| 31. Como se va su hijo a la cama? (rutina) ... | Si | No |
| 32. Ha tenido su hijo el examen de tuberculosis (TB)? | Si | No |
| El resultado fue normal? | | |
| 33. Que su hijo usualmente come: | | |

Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Cena: _____

Meriendas: _____

Historial obtenido por: _____

Firma del padre/Guardián

Fecha