



Lista de verificación de la información solicitada

** Indica formularios OPCIONALES

Nombre del estudiante: _____

Grado 2024-2025 _____

- _____ FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN **
- _____ FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE ACEPTADO **
- _____ PRUEBA DE EDAD (Debe proporcionar una copia de uno [1] de lo siguiente):
- Certificado de nacimiento
 - Copia notariada del acta de nacimiento
 - Certificado de bautismo
 - Copia del acta de bautismo (notariada y doblemente certificada y que muestre la fecha de nacimiento)
 - Pasaporte válido
 - Declaración notarial de los padres o tutor indicando la fecha de nacimiento
 - Registro escolar anterior que indique la fecha de nacimiento
- _____ PRUEBA DE RESIDENCIA (Debe proporcionar una copia de dos [2] documentos a nombre del padre o tutor y que indica la dirección actual del estudiante).
- La documentación aceptable incluye:
- Escritura de propiedad de vivienda
 - Arrendamiento actual a alquileres
 - Factura o recibo de impuesto a la propiedad
 - Registro de Vehículo
 - Licencia de conducir
 - Tarjeta de identificación del Departamento de Transporte
 - Factura de servicios públicos actual
 - Factura de tarjeta de crédito actual
 - Declaración del IRS u otras declaraciones de salarios e impuestos (por ejemplo, W2, 1040, 1099)
 - Talónario de pago de empleados
 - Estado de cuenta de los bancos
 - Tarjeta de registro de votantes
 - Tarjeta de Asistencia Pública
 - Tarjeta de seguro de salud
- _____ IDENTIFICADOR DE NIÑOS MILITARES**
- _____ CUESTIONARIO DE RESIDENCIA**
- _____ FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA**
- _____ ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR
- _____ DECLARACIÓN DE LOS PADRES
- _____ DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES ESTUDIANTILES**
- _____ FORMULARIO DE PERMISO PARA VIAJE A PIE/FOTOS**
- _____ ORDEN DE CUSTODIA (si corresponde**)
- _____ IEP (si corresponde**)
- _____ BOLETÍN DE CALIFICACIONES ACTUAL ** (si viene a mitad del año escolar)
- _____ BOLETÍN DE CALIFICACIONES FINALES**
-
- _____ REGISTRO DE SALUD DEL ESTUDIANTE (Para el Registro de la Enfermera de la Escuela**)
- _____ REGISTRO DE VACUNAS (Formulario adjunto**)
- _____ EXPEDIENTE DENTAL (Formulario adjunto**)

ID SEGURA DE PA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE: _____

Completado por: _____

Formulario de Notificacion de Inscipciona a Escuela Charter

Para el Ano Escolar 2024-2025

Warning: A child enrolled in another public school or a nonpublic or private school cannot, at the same time, enroll in a charter school.

Nombre de la Escuela: Memphis Street Academy Charter School

Direccion: 2950 Memphis Street
Philadelphia, PA 19134

Persona de Contacto: _____

Telephono: 215-291-4709 Direccion e-mail: www.ap-schools.org

I. Student Information:

Apellido: _____ Nombre: _____ I: _____

Direccion: _____

Cuidad: _____ Estad: _____ Postal: _____

Condado: _____ Telephono: _____

Direccion de Envio (Si diferente): _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Postal: _____

Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____

II. School District of Residence and Former School Information

Distrito Edcolar de Residencia: _____

Ex-informacion de la Escuela (que no sea la etapa preescolar):

Escuela Publica	Escuela Charter	Escuela Hogar	Escuela No-Publica
_____	_____	_____	_____

Estudiante no matriculado en la escuela de inscripcion anterior en la escuela charter, y que:

Entrando Kindergarten	Reinscribirse	Otro
_____	_____	_____

Nombre previo colegio: _____

Direccion: _____

Grado Previo: (2023-2024) _____ Fecha de retiro de escuela anterior: _____

Su hijo recibe servicios de educacion basado en un plan de educacion especial? _____ Si _____ No

En caso afirmativo, tiene los registros de educacion especial del nino (IEP)? _____ Si _____ No

III. Informacion Padre/Tutor:

Nino Vive Con: Ambos Padres Ambos Padres Alternativa Solo Madre Solo Padre
 Tutor Legal Padres Adoptiv Otro Adulto _____
Instrucciones especiales judiciales
privativas de la libertad:
(Si, por favor proporcione una copia de la orden judicial.) Si No

Nombre y direccion del Padre/Tutor en su caso:

Nombre Padre _____
Direccion: _____
Cuidad: _____ Estad: _____ Postal: _____
Telefono Hogar: _____ Telephono Trabajo: _____

Nombre Madre _____
Direccion: _____
Cuidad: _____ Estad: _____ Postal: _____
Telefono Hogar: _____ Telephono Trabajo: _____

Si el estudiante no esta viviendo con los padres, por favor complete esta seccion

Nombre Tutor Padre de Crianza Otro Adulto
Nombre: _____
Direccion: _____
Cuidad: _____ Estad: _____ Postal: _____

Mi firma en este formulario indica mi decision de tener a mi hijo asistir a la escuela autonoma cuyo nombre aparece en la pagina 1 de este formulario y significa mi peticion de que los registros escolares correspondientes se remitiran del distrito escolar a la escuela charter. Mi firma tambien certifica que mi hijo no es, ni sera, inscrito en otra escuela publica, una escuela no-publica o una escuela privada a la vez que el o el este inscrito en esta escuela charter.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fech:** _____

IV. Padre Ser Completado Por La Escuela Charter:

Verificacion Fecha Nacimiento: Acta Nacimiento Otro _____
Prueba de Residenci Declaracion Hipoteca Lease Factur Servic Otro _____
Fecha Oficial Inscripcion: _____ Fecha previsra de asistencia: _____
Estudiante entrado Grado: _____

Signature of Charter School Representative: _____



Memphis Street Academy Charter School @ JP Jones
 2950 Memphis Street
 Philadelphia, PA 19134
 Phone: (215)291-4709 Fax: (215)291-4754

Informacion Estudiante 2024-2025 Formulario Opcional

Informacion Estudiante: Favor escribir claramente

Femenino: ___ Masculino: ___ Edad: _____ Fecha Nacimiento _____ Grado aplicando 2024-2025 _____

Caucasico ___ Afroamericano ___ Hispano ___ Asiatico ___ Indio Amer.. ___ Multirracial ___
 Hawaii native o otro isleno _____

 Apellido Primer Nombre I. Jr. Sr. etc.

 Direccion Ciudad Estado Codigo Postal

 Telefono Hogar

Tiene su hijo un IEP? Si No Si, favor proporcione copia de los registros actuales del IEP de su hijo.

Memphis Street Academy Charter School es una escuela publica con matricula gratis a todos los ninos que residen en la ciudad de Philadelphia. La escuela no ofrece pruebas de admision ni tampoco niega la admision por motivos de discapacidad, raza, color o credo. En el caso de que haya mas solicitantes que plazas, un sorteo publico se llevara a cabo para seleccionar los estudiantes. .

INFORMACION HERMANOS		Hermano solicitando inscripcion		Solicitando Incripcion			
Nombre: _____	Edad: _____	Si _____	No _____	5 th	6 ^t	7 th	8 th
Nombre: _____	Edad: _____	Si _____	No _____	5 th	6 ^t	7 th	8 th
Nombre: _____	Edad: _____	Si _____	No _____	5 th	6 ^t	7 th	8 th

INFORMACION PADRE/TUTOR: Favor escribir claramente

Madre: _____	Padre: _____
Direccion _____	Direccion _____
Cuidad _____ Estado _____ Postal _____	Cuidad: _____ Estado _____ Postal _____
(Hogar) _____	(hogar) _____
(Cell) _____	(cell) _____
(Trabajo) _____	(trabajo) _____

Otro: _____
 Direccion _____ Nino vive con: _____
 Cuidad: _____ Estado _____ Postal _____
 (Hogar) _____
 (cell) _____
 (Trabajo) _____

Hay asunto de custodia? Si No Si, favor adjunte copia de la orden de custodia

EDUCACION DE ESTUDIANTE: Favor completar informacion sobre ano escolar actual.

Estudiante esta matriculado actualmente en: _____ Grado Actual _____
 (Nombre Escuela) (2023-2024)

FIRMA PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____



Memphis Street Academy Charter School @ JP Jones
2950 Memphis Street
Philadelphia, PA 19134
Phone: (215)291-4709 Fax: (215)291-4754

COMPROBANTE DE EDAD Y RESIDENCIA DEL NIÑO (del BEC)

DOCUMENTOS DE PRUEBA DE EDAD ACEPTABLES:

Acta de nacimiento original del niño	Copia notariada del acta de nacimiento del niño
Pasaporte válido del niño	Registros escolares anteriores que indiquen la fecha de nacimiento
Acta de bautismo original que indique la fecha de nacimiento del niño	Copia del acta de bautismo - notariada o debidamente certificada que muestre la fecha de nacimiento
Una declaración notariada de los padres u otro familiar que indique la fecha de nacimiento del niño.	

DOCUMENTOS DE PRUEBA DE RESIDENCIA ACEPTABLES:

Escritura	Tarjeta de identificación DOT válida
Alquiler	Factura de tarjeta de crédito actual
Factura actual de servicios públicos (gas, electricidad, cable, teléfono, etc.	Registro de Vehículo
Factura de impuesto a la propiedad	Licencia de conducir válida o tarjeta de cambio de dirección compatible



Memphis Street Academy Charter School @ JP Jones
2950 Memphis Street
Philadelphia, PA 19134
Phone: (215)291-4709 Fax: (215)291-4754

Formulario de Identificación de Niños Militares

(Formulario Opcional: Información no requerida como condición para la inscripción)

Para cumplir con la Ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA), debemos recopilar datos de hijos de militares.

¿El padre o tutor del estudiante es miembro en servicio activo de una rama de las fuerzas armadas (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Cuerpo de Marines, Guardia Costera), incluido el servicio de tiempo completo en la Reserva o la Guardia Nacional en cualquier momento durante el año escolar 2023-2024?

SÍ _____ NO _____

Nombre del Estudiante

Grado

Firma del Padre/Tutor

Fecha

MEMPHIS STREET ACADEMY CHARTER SCHOOL
AT J.P. JONES

Cuestionario de Residencia (2024-2025)

Nota: Este formulario es para fines informativos únicamente al Estado. Esta información es confidencial y no será discutido con nadie salvo autorización expresa de la persona que llena este formulario.

INFORMACION GENERAL	
Aunque solo los elementos resaltados son necesarios para los propósitos declarados, sea beneficioso para recopilar datos de raza/etnia de género, discapacitados y ELL.	
School Memphis Street Academy Charter School AT J.P. JONES	Codigo LEA
Direccion 2950 Memphis Street Philadelphia, PA 19134	

GRADO/ETNIA																
Nombre Estudiante:	Grade 5-8	Genero		Marca si				Raza/Etnia								
		Female	Male	Disabled	Migrant	Engl. Lang Learner	Part A Services	Hispanic	Non-Hispanic	American Indian or Alaska Native	Asian	Black or African American	Native Hawaiian or other Pacific Islander	White	Multi-Racial	

ESTATUS DE RESIDENCIA	
Estatus de Residencia (Marque estado apropiado) <input type="checkbox"/> Vive con familia <input type="checkbox"/> Separado de familia <input type="checkbox"/> Cuidado adoptivo pendiente <input type="checkbox"/> Fugitivo <input type="checkbox"/> Joven no acompañado <input type="checkbox"/> Otro: Favor especifique: _____	Programas del distrito este estudiante esta inscrito en? <input type="checkbox"/> Educacion Especial <input type="checkbox"/> Estudiante Idioma Ingles (ELL) <input type="checkbox"/> Genial y Talento <input type="checkbox"/> Estudiante en escuela alternativa
Arreglo de Vivienda <input type="checkbox"/> Vive en una casa or apartamento (alquilado or propiedad) <input type="checkbox"/> En un refugio <input type="checkbox"/> Viviendo con otra familia <input type="checkbox"/> En un hotel/motel <input type="checkbox"/> Sin refugio (calle, coche, camping, edificio abandonado)	Estudiantes Dislocados <input type="checkbox"/> Dislocado como consecuencia del Huracan Katrina <input type="checkbox"/> Un refugiado del Sudeste Asiatico

Nombre y Direccion de escuela que estudiante esta actualmente inscrito:

Definiciones:
Refugios- incluir niños y jóvenes en refugios de emergencia, programas de vivienda transitoria, en espera de colocacion de cuidado de crianza
Viviendo con otra familia – compartiendo vivienda de otras personas debido a la perdida de vivienda, problemas economicos o razones familiares. Esta categoria incluye a los niños y jóvenes o jóvenes no acompañados que viven en edificios abandonados o apartamentos, estaciones de autobus o tren, rodanifes, o viven en viviendas deficientes o inadecuados.
Hotels/Motels – niños, jóvenes y jóvenes no acompañados que estan viviendo temporalmente en hoteles y moteles, porque no pueden permitirse otros tipos de vivienda.

Firma Padre/Tutor _____ Fecha: _____



Memphis Street Academy Charter School @ JP Jones
 2950 Memphis Street
 Philadelphia, PA 19134

Formulario de Contacto de Emergencia Formulario Opcional 2024-2025

Nombre Estudiante: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nino vive con: Solo Madre Solo Padre Ambos Padres Otro Tutor

Hay asunto de custodia? Si (favor proporcione La Orden de Custodia actual) No

Nombre Madre: _____
 Direccion: _____
 PHILADELPHIA, PA Postal _____
 Email: _____
 Telefono: _____
 Celular: _____
 Trabajo _____

Nombre Padre: _____
 Direccion: _____
 PHILADELPHIA, PA Postal _____
 Email: _____
 Telefono: _____
 Celular: _____
 Trabajo _____

Nombre Tutor: _____
 Direccion: _____
 PHILADELPHIA, PA Postal _____
 Email: _____
 Telefono _____
 Celular: _____
 Trabajo: _____

Otro Contactos de Emergencia

Nombre: _____ Nombre: _____
 Telefono #: _____ Telefono #: _____
 Relacion con Nino: _____ Relacion con Nino _____

Nombre: _____ Nombre: _____
 Telefono #: _____ Telefono #: _____
 Relacion con Nino: _____ Relacion con Nino: _____

IDENTIFICACION CON FOTO DEBE SER PRESENTADO AL MOMENTO DE RETIRAR A UN NINO

Yo **NO** quiero que mi hijo sea entregado a: _____

Si hay una emergencia en la escuela como una salida temprana inesperada debido al clima, incendios, etc., que plan tienes para su hijo?

Voy a recogerlo Mi hijo caminara a casa Mi hijo tomara el autobus

Voy a permitir que otro padre traiga mi hijo a casa
 Nombre de este padre y hijo: _____

Escuche Radio KYW para posibles cierres de escuelas durante las inclemencias del tiempo.

Firma Padre/Tutor: _____

Fecha: _____



Memphis Street Academy Charter School @ JP Jones
 2950 Memphis Street
 Philadelphia, PA 19134
 Phone: (215)291-4709 Fax: (215)291-4754

Encuesta Language en Hogar 2024-2025

La Oficina de Derechos Civiles (OCR) requiere que los Distritos Escolares/Escuelas Chárter/Programa Diario AVTS identifiquen con dominio limitado el Ingles (LEP) a fin de proporcionar programas de enseñanza del idioma apropiado para ellos. Pennsylvania ha seleccionado la Encuesta de Idioma como un método para la identificación .

Distrito Escolar : PHILADELPHIA

Escuela: Memphis Street Academy Charter School

FECHA: _____

Nombre Estudiante: _____

Grado: _____

1. Cual es/fue el primer idioma del estudiante? _____

2. El estudiante habla un idioma(s) que no sea Ingles?
 (No incluyan languages aprendido en escuela) Si No

3. Que idioma(s) es/son hablado en su hogar? _____

4. Ha asistido el estudiante cualquiera de las escuelas de Estados Unidos en cualquiera de los 3 anos, durante su vida?

Si No

Si?, complete lo siguiente:

Nombre de Escuela	Estado	Fechas Asistido
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Persona completando este formulario (si no es el padre/tutor): _____

Firma Padre/Tutor: _____

*El Distrito Escolar/Escuela Charter/Programa Diario AVTS tiene la responsabilidad bajo la ley federal para atender a los estudiantes que están limitadas Ingles dominio y necesitan servicios de instrucción en Ingles. Dada esta responsabilidad, el Distrito Escolar/Escuela Charter/Programa Diario AVTS tiene el derecho de solicitar la información necesaria para identificar a los Estudiantes del Idioma Ingles (ELL). Como parte de la responsabilidad de localizar y identificar a los estudiantes ELL, el Distrito Escolar/Escuela Charter/Programa Diario AVTS puede realizar exámenes o solicitar información relacionada sobre los estudiantes que ya están inscritos en la escuela, así como de los estudiantes que se matriculan en el Distrito Escolar/Escuela Charter/Programa Diario AVTS en el futuro.



Memphis Street Academy Charter School @ JP Jones
 2950 Memphis Street
 Philadelphia, PA 19134
 Phone: (215)291-4709 Fax: (215)291-4754

Declaracion De Registro De Los Padres

Nombre Estudiante: _____ Fecha Nacimiento: _____

Grado: _____

Nombre Padre/Tutor _____

Direccion: _____

Telefono: _____

Codigo Escolar de Pennsylvania 13-1.304-A en parte indica "Antes de la admision a cualquier entidad de la escuela, el padre, tutor o otra persona que tenga control o cargo de un estudiante deberan, previa inscripcion presentar una declaracion jurada o afirmacion que indica si el alumno fue previamente o esta actualmente suspendido o expulsado de cualquier escuela publica o privada de este Commonwealth o cualquier otro estado por una accion de delito relacionado con un arma, alcohol o drogas, o por infligir intencionalmente lesiones a otra persona o por cualquier acto de violencia cometido en propiedad de la escuela."

Por favor complete el siguiente:

Por lo presente juro o afirmo que mi hijo si fue _____ No fue _____ suspendido, o es _____ no esta actualmente suspendido o expulsado de cualquier escuela publica o privada de este Commonwealth o cualquier otro estado por un acto o delito relacionado con armas, alcohol o drogas, o por infligir intencionalmente lesiones a otra persona por actos de violencia cometidos en la propiedad escolar. Hago esta declaracion sujeta a las penas de 24 PS 13-1304-A9B) y 18 Pa C.S.A. 4904, relativa a formular declaraciones falsas a las autoridades, y los hechos contenidos en este documento son verdaderas y correctas al mejor de mi conocimiento, la informacion y creencia.

Si este estudiante ha sido o esta actualmente suspendido or expulsado de otra escuela, por favor complete:

Nombre de la escuela de la que fue suspendido or expulsado el estudiante:

Fechas de suspension or expulsion:

(Por favor proporcionar a las escuelas y las fechas de expulsion o suspension en la parte posterior de esta hoja.

Reason for suspension/expulsion (optional)

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

Cualquier declaración falsa intencionada hecha anteriormente será un delito menor de tercer grado.
 Este formulario se mantendrá como parte del expediente disciplinario del estudiante.



Memphis Street Academy Charter School @ JP Jones

2950 Memphis Street

Philadelphia, PA 19134

Phone: (215)291-4709 Fax: (215)291-4754

**Authorization for Release of Student Records
Formulario Opcional**

Student Name: _____ Date of Birth: _____
(First) (Middle) (Last) (Month/Day/Year)

Name of Previous School Attend: _____

Telephone #: _____ Fax #: _____

I, _____ hereby authorize the release of my child's school records to the person(s) or agency indicated above.

The student named above has enrolled as Memphis Street Academy Charter School @ JP Jones. Please forward ALL records indicated below to the office of MSACS as soon as possible. You may fax the records to MSACS at 215-291-4754 or mail to us at the above address.

- Report Card/Transcripts
- Attendance Records
- Disciplinary Records
- Health/Immunization Records
- Special Education Records (If Applicable)
- ESOL Records (If Applicable)
- PSSA Test Scores (If Applicable)

Release Records to: Memphis Street Academy Charter School

ATTN: Student Records

Address: 2950 Memphis Street Philadelphia, PA 19134

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____



Memphis Street Academy Charter School @ JP Jones
 2950 Memphis Street
 Philadelphia, PA 19134
 Phone: (215)291-4709 Fax: (215)291-4754

Formulario de Permiso Para Paseo/Fotografia
Formulario Opcional
2024-2025

Permiso de Fotografia



A lo largo del año, los estudiantes de Memphis Street Academy Charter School participan en actividades, eventos y proyectos en el que los estudiantes pueden ser fotografiados o grabados en video. Esto incluye, entre otros, retratos escolares, proyectos, representaciones teatrales, excursiones y eventos especiales. Asegúrese de marcar (✓) su elección con un “Sí” o un “No” para cada elemento.

Doy permiso a mi hijo para aparecer en lo siguiente:

Sí No Exhibiciones en la escuela, incluidas, entre otras, tableros de anuncios, libros hechos en clase o proyectos multimedia de estudiantes; Los estudiantes pueden ser identificados por su nombre y apellido.

Sí No Anuario escolar, que incluye, entre otros, fotografías de retrato y posiblemente fotografías informales o fotografías grupales; Los estudiantes pueden ser identificados por su nombre y apellido.

Sí No Otras publicaciones escolares, incluidas, entre otras, Philly Flash/boletines escolares

Sí No Sitio web de la escuela: incluidas, entre otras, las páginas principales, las páginas de clase o las páginas especiales páginas de eventos

Sí No Artículos de periódicos y/o artículos de revistas

Sí No Estaciones de televisión o sitios web



Permiso Para Caminar

Mi hijo tiene mi permiso para realizar caminatas supervisadas. Entiendo que se me notificará mediante un folleto separado cuando la escuela o el maestro programan una excursión.

Sí No

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Maestro: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____



School Based Health Center

Consentimiento Para Servicio De Salud: Yo doy consentimiento para que servicios de salud sean proveidos a mi hijo / hija por la enfermera y por cualquier personal del centro de salud, mientras el estudiante este inscrito en la escuela. Yo reconozco que la enfermeriaprotejera mi informacion conforme a HIPAA.

El Centro de Salud Escolar se rige por la norma federal de privacidad HIPAA que da a los pacientes el derecho a ser informados de las prácticas de privacidad de los proveedores de atención medica y su equipo y derechos de privacidad con respecto a su información de salud personal PHI. Education Plus Health participa con una red segura de la organización de la salud llamada Health share Exchange HSX, lo que hace posible que EPH comparta su información de salud electrónicamente a través de una red conectada segura. EPH puede compartir su información de salud a HXS para que otros proveedores de atención medica EPH puedan acceder a su información para colaborar con los servicios de salud, pago y otros fines autorizados en la medida permitida por la ley. Tiene derecho a excluirse o negarse a participar en el hecho de que EPH comparta su información de salud a través de HIOs en la red.

Si opta por excluirse del intercambio de datos a través de HIOs, EPH dejará de compartir su información de salud. NO evitará que su información se acceda normalmente y se publique en el pediatra de su hijo/a en conformidad con la ley, incluyendo ser transmitida a través de otros mecanismos seguros como fax, o tecnología equivalente. Si opta por excluirse del intercambio de datos través de HIOs o para cualquier otra pregunta o inquietud, por favor póngase en contacto con el programa oficina en 267-324-5707 o por la sala de correo electrónico contact@educationplushealth.com.

De acuerdo con el estado y la ley federal cuando el consentimiento es previsto, la informacion es mantenida confidencial y no es compartida con la escuela , salvo algunas excepciones, por ejemplo:

- Permiso es dado por el estudiante /paciente o por los padres / guardian, por medio de la autorizacion firmada.
- El paciente tiene o padece de una condicion medica la cual el maestro / maestra debe ser informado, para el bienestar dentro del salon de clases.
- El paciente indica dano inminente asi mismo o hacia otra persona.
- El paciente tiene una condicion critica y es menor de edad or menor de 18 anos.
- Existe alguna razon / sospecha de abuso o negligencia.
- Ciertas enfermedades transmitibles deben ser reportadas al centro de salud publica.

Firma del Padre /Guardian: _____ Fecha : ____ / ____ / ____

Nombre Legal (Print): _____ Numero de emergencia #: _____

Nombre del Estudiante Fecha de nacimiento	Grado	Nombre y numero de doctor	Seguro Medico (en caso de no tener seguro medico nosotros le podemos ayudar a solicitar)	# de seguro medico	Preocupacion medica alguna? Alergia a cualquier medicamento? Note cualquier enfermedad que padesca.

Todos los estudiantes recibirán exámenes de salud universales por parte de la enfermera de la escuela que están ordenados por la ley del Estado. Se le notificará por escrito si hay alguna preocupación. **Por favor envíe una copia del examen físico o dental de su hijo cada año, de acuerdo con la ley del estado.** Entiendo que la información sobre la atención primaria provista será compartida con el Proveedor de Atención Primaria de su hijo para la continuidad de la atención. Comuníquese con el Centro de Salud Escolar para recibir estos formularios.

Su consentimiento por escrito es necesario para que su niño/a reciba medicamento no recetado para aliviar molestias (Tylenol, Tums, Jarabe de tos, etc.) Firmando este consentimiento está dando permiso para suministrar medicamentos no recetados como sea necesario para su niño/a. La enfermera escolar SIEMPRE intentara llamar a usted primero para poder dar permiso de administrar tales medicamentos. _____

MEDICAMENTOS RECETADOS NO PUEDEN SER DADOS EN LA ESCUELA SIN UN CONSENTIMINIENTO AL DIA Y ORDEN MÉDICA CADA AÑO. (Incluye pompa de asma, Epi-pen, medicamentos para ADHD u otros medicamentos) Medicamentos que son guardados en la escuela tienen que ser llevados para atrás por el padre/guardián al fin del curso escolar y devuelto otra vez al comenzar el nuevo año escolar, con los consentimientos y ordines médicas al día.

Bajo la ley estatal de PA, los jóvenes pueden acceder independientemente a la atención de salud reproductiva a los 13 años sin padre/tutor consentimiento de la escuela secundaria solamente. El centro de salud basado en la escuela anima a cada estudiante a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de atención medica siempre que sea posible. Cuando sea aplicable el centro de salud que concede en la escuela ayudara al estudiante a discutir estas situaciones con padres/tutores debido a que los jóvenes son capaz de dar su consentimiento para el tratamiento. Su consentimiento es legalmente requerido para la divulgación de información sobre embarazo y las infecciones de transmisión sexual.



Greetings from your child's **School Based Health Center!**

In order for your child's school to administer any prescription medication the Pennsylvania Department of Health requires the prescribing physician to fill out a medication administration form for ANY and All medications including over-the-counter medications. Medication kept at school should be in the original box with a prescription label on the box.

The left side of the form for Medication Authorization at school must be completed and signed by your child's health care provider. **Your** signature is required on the **right** side of the form for consent to administer the medication.

Older students may be permitted to carry their own asthma inhaler with the proper paperwork signed by parent/guardian. Please contact the School Based Health Center to request this approval.

Remember that as a School Based Health Center the School Nurse Practitioner may be able to fill or refill a prescription for you, in collaboration with your child's primary care provider.

If you have any questions, please contact the school nurse.
Thank you!

LPN School Nurse Assistant
School Nurse Practitioner

Bienvenidos al Centro de Salud localizado en la escuela de su niño(a)!

Con el fin de poder administrar medicamentos prescritos para su hijo(a) en su escuela, el Departamento de Salud de Pennsylvania requiere que el doctor quien ha prescrito su receta llene una forma de Autorización para Administración de Medicamentos en la Escuela para CUALQUIER, y para TODOS, sus medicamentos incluyendo aquellos sin receta receta o compradas-sobre-el mostrador. Todos los medicamentos mantenidos en la escuela de su niño(a) deben permanecer la escuela de su niño(a) deben permanecer en su envase original con su etiqueta de prescripción en sitio.

El lado izquierdo de la Autorización para Administración de Medicamentos en la Escuela, debe ser completado y firmado por su doctor. **Su** firma es requerida en el lado **derecho** de la forma para consentir a la administración de medicamentos.

Estudiantes de edad más avanzada pueden obtener permiso para cargar sus inhaladores de asma con el papeleo apropiado y firmado por padre/guardián. Por favor, contacte su Centro de Salud de Escuela para pedir aprobación.

Recuerde que su Centro de Salud incluye una Enfermera Practicante que tiene la habilidad a ordenar medicamentos o rellenar medicamentos en colaboración con su médico de cabecera.

Si tiene alguna pregunta, por favor contacte su enfermera de escuela.
Gracias!

LPN asistente de Enfermería de Escuela
Enfermera Practicante de Escuela

Request for Administration of Medication or Use of Suction, Oxygen, or Other Equipment

MEDICAL PROVIDER: In order for your patient named below to maintain medication at school for administration as ordered and needed, please complete the entire section below, or send the medication order from your Electronic Health Record. Additionally, please accompany the order with the necessary documents below for compliance with PA State Law, School Code Chapter 23, and/or for quality care management by School Based Health Center clinical staff.

This information must be updated annually for each new school year.

Most recent pediatric well-child report INCLUDING vaccine record

Medical Care Plan (Asthma Action Plan, Diabetes, _____)

Please fax this information from your Electronic Health Record or via paper to 267-273-1540. Your practice fax number will be retained for electronic communication on care provided.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Patient Address: _____

Diagnosis: _____

Reason Medication Must Be Given At School: _____

Name of Medication/Equipment/Treatment: _____

Dose: _____ Time/s To Be Given: _____

Total Dosage/24 Hours: _____ Date Begin: _____ Date End: _____

Instructions for Administration/Utilization: _____

Contraindications: _____

Side Effects: _____

Treatment of Side Effects/Actions To Be Taken: _____

Is Any Restriction on Activity Necessary: _____

Is Student Taking Any Other Medication/s (if yes, list): _____

Is Similar Equipment Kept By The Child's Family At Home: _____



PARENT OR GUARDIAN

To The Principal,

I authorize selected school personnel to administer the indicated medication, or to use the equipment or machinery as prescribed by my child's health care provider, whose signature appears on or accompanies this form.

I authorize the school nurse to communicate with my child's health care provider, and my health care provider to reply, as needed regarding medication/equipment and/or my child's response.

Child's Name: _____

Parent Signature: _____

Parent Telephone Number: _____

Date Signed: _____

School policy requires that student medication must be maintained in the health center at all times, students may not carry their medication on them. If you have questions or concerns regarding this policy, please contact the Health Center/Nurses Office.

I understand that a trained health professional other than the nurse/practitioner may administer the medication.

Name of Medical Provider Signing or Authorizing Form: _____

Practice Name: _____

Phone#: _____

Fax#: _____

Date Signed/Submitted: _____

THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA
SCHOOL HEALTH SERVICES
REPORT OF PHYSICAL EXAMINATION

OPTIONAL FORM

Date Issued: [Date]		Student ID#:																	
Name of Student:		Date of Birth:	Grade:																
Name of School:		Room/Section/Book																	
<p>TO THE PARENT/GUARDIAN: I authorize the school nurse to communicate with my child's health care provider and my health care provider to reply as needed regarding my child's care.</p> <p>Parent/Guardian Signature _____ Date _____</p>																			
<p>TO THE CARE PROVIDER (Please complete all items) Pennsylvania law requires that students attending school in the state be immunized and receive periodic medical examinations. Payment for these examinations is the responsibility of the parent/guardian. THESE IMMUNIZATIONS ARE REQUIRED FOR SCHOOL ATTENDANCE.</p>																			
RECORD OF VACCINE ADMINISTRATION																			
(Please attach complete immunization record including serology results if available)																			
<p>▪ Allergies _____ ▪ Date of last PPD _____ Result _____ mm</p>																			
<p>Does this student have health insurance? ____ Yes ____ No Name of Insurance Provider: _____</p>																			
RECORD THE FOLLOWING																			
1.	Visual Acuity: Without Glasses: R _____ L _____ With Glasses: R _____ L _____																		
2.	Audiometric Screening: R _____ L _____		3. BP _____																
4.	Height _____ inches/cm Weight _____ lb./kg BMI percentile _____																		
5.	Scoliosis Screening: _____ Normal _____ Abnormal _____ Referred _____ No Referral																		
6.	<p>Activity Recommendation: _____ Full Physical Activity _____ Restricted Physical Activity (Must Complete Phys. E. Medical Exemption/Program Modification Form MEH-23)</p> <p>Specify Restrictions: _____</p>																		
7.	<p>List all medications currently being taken:</p> <p>Medications: _____ Reason: _____</p>																		
8.	<p>List ALL problems by history or examination: Circle status of problem</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">1. _____</td> <td style="width: 10%;">Under Care</td> <td style="width: 10%;">Care Complete</td> <td style="width: 10%;">Referred</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>Under Care</td> <td>Care Complete</td> <td>Referred</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>Under Care</td> <td>Care Complete</td> <td>Referred</td> </tr> <tr> <td colspan="4">_____ No Problems Identified</td> </tr> </table>			1. _____	Under Care	Care Complete	Referred	2. _____	Under Care	Care Complete	Referred	3. _____	Under Care	Care Complete	Referred	_____ No Problems Identified			
1. _____	Under Care	Care Complete	Referred																
2. _____	Under Care	Care Complete	Referred																
3. _____	Under Care	Care Complete	Referred																
_____ No Problems Identified																			
Comments/follow-up treatment plan / Special instructions to school:																			
Signature of Care Provider (REQUIRED)		Telephone Fax	Care Provider office stamp (REQUIRED)																
Address		Date of Exam																	

REPORT OF PRIVATE DENTAL EXAMINATION

Name of School	Student ID	Date Issued	
Name of Student	Date of Birth	Room/Section/Book	Grade

TO THE DENTIST

Pennsylvania law requires that students attending school in the Commonwealth receive periodic dental examinations at stated intervals (upon original entry, while in third grade, and while in seventh grade).

These examinations are required for school attendance. Payment for these examinations is the responsibility of the parent/guardian. If the student/family does not have health insurance the school nurse will help the family apply for health insurance. Please attach a copy of the student's dental examination or record the data below.

Thank you for your cooperation.

UNDER TREATMENT / WORK BEGUN	COMPLETION OF WORK / NO TREATMENT NECESSARY
Date Work Begun	<input type="checkbox"/> No Treatment Required Now
Scheduled Follow-up Appointment	<input type="checkbox"/> All Necessary Dental Work Completed
Date of Dental Examination	Expected Completion Date

Comments / Follow-up Treatment / Special Instructions to School

Name of Dentist	Telephone
Signature of Dentist	Date Signed
Address	Fax Number

IMPORTANT:

Return this form to:

Certified School Nurse/Practitioner

School

School Address

Phone Number