

Bienvenido al Distrito de Escuelas Públicas de Ridgefield Park

TENGA EN CUENTA:

La siguiente es una lista de documentos que deben presentarse para inscribir a un estudiante en el Sistema de Escuelas Públicas de Ridgefield Park. Todos los elementos enumerados a continuación **DEBEN SER ENVIADOS** o su registro no será procesado.

- Solicitud de inscripción
- nacimiento
- Identificación del padre/tutor
- Afirmación de residencia
 - a. **Propia:** escritura, registros de impuestos sobre la propiedad o estado de cuenta de la hipoteca
 - b. **Renta:** contrato de arrendamiento actual con la información de contacto del arrendador O Declaración jurada del arrendador completada y notariada con la información de contacto del arrendador
 - c. **Factura de servicios públicos:** debe estar al día.
- Tarjeta de transferencia del distrito escolar anterior.
- Estudiantes de educación especial: si su hijo tiene un IEP o 504, debe incluir el IEP más reciente del distrito escolar actual.
- Registros médicos
 - a. **para estudiantes de primaria (K-6):** formulario de registro de salud universal completado por un médico junto con los registros de vacunación.
 - b. **Estudiantes de secundaria (7-12):** formulario de historial de evaluación física previa a la participación junto con los registros de vacunación.

INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA:

Los estudiantes de secundaria deben proporcionar registros académicos (transcripciones) de la escuela anterior que muestren el trabajo del curso y los créditos completados. Si el estudiante ingresa al 9° grado, debe mostrar prueba de que el estudiante ha completado el 8° grado. Si viene de una escuela de Nueva Jersey, proporcione los puntajes de NJASK y HSPA si están disponibles.

Se debe presentar la documentación de custodia o tutela del tribunal suplente del juzgado del condado de Bergen cuando el estudiante no vive con los padres.

Una vez que haya completado la [solicitud de registro en línea](#), el distrito se comunicará con usted.

Si tiene alguna pregunta antes o después de completar el registro en línea, comuníquese con kthompson@rpschools.net.

Todos los paquetes de registro serán revisados dentro de las 48 horas posteriores a la confirmación.

RIDGEFIELD PARK PUBLIC SCHOOLS
 712 Lincoln Avenue, Ridgefield Park, NJ 07660
 Tel: 201-807-2640 // www.rpps.net

FECHA: _____

GRADO: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

APELLIDO: _____

PRIMER NOMBRE: _____

SEGUNDO NOMBRE: _____

INFORMACIÓN DE NACIMIENTO: SI NACÍO EN LOS EE. UU.

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CIUDAD NATAL: _____

ESTADO DE NACIMIENTO: _____

INFORMACIÓN DE NACIMIENTO: SI NACÍO FUERA DE LOS EE. UU.

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CIUDAD/PAÍS DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE ENTRADA EN NOSOTROS: _____

GÉNERO:	ETNIA: SE REQUIEREN DATOS PARA TODAS LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE NJ	
<input type="checkbox"/> HOMBRE	<input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO	
<input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO	
<input type="checkbox"/> NO/BINARIO NO DESIGNADO	RAZA:	
SEXO DE NACIMIENTO:	<input type="checkbox"/> BLANCO	<input type="checkbox"/> ASIÁTICO
	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> NEGRO (AFROAMERICANO)
<input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> INDIA AMERICANA/ALASKA	<input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAIANO/ISL DEL PACÍFICO
		<input type="checkbox"/> OTRO: _____

RESIDENCIA LEGAL:

PROPIO ALQUILA OTRO _____

DIRECCIÓN: _____ APT #: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

ALGUNA VEZ HA SIDO EVALUADO SU HIJO PARA SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL ?

SÍ NO

<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> IFSP	<input type="checkbox"/> ISP	<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> EVALUACIONES
<input type="checkbox"/> NOTA DEL MÉDICO		<input type="checkbox"/> CORRESPONDENCIA DEL MAESTRO/ESCUELA		<input type="checkbox"/> OTRO: POR FAVOR

PROPORCIONE INFORMACIÓN CONEXIÓN MILITAR:

<input type="checkbox"/> ACTIVO – DEPENDIENTE DE UN MIEMBRO ACTIVO A TIEMPO COMPLETO DE LAS FUERZAS ARMADAS (EJÉRCITO, MARINA, MARINA, FUERZA AÉREA O GUARDACOSTAS)
<input type="checkbox"/> NO CONEXIÓN MILITAR

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR:

NOMBRE:	
CIUDAD/ESTADO:	
NIVEL DE GRADO:	FECHAS DE ASISTENCIA:

RIDGEFIELD PARK PUBLIC SCHOOLS
 712 Lincoln Avenue, Ridgefield Park, NJ 07660
 Tel: 201-807-2640 // www.rpps.net

FECHA: _____

NIVEL DE GRADO: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR:

TUTOR 1:

<u>NOMBRE:</u>		<u>RELACIÓN:</u>
<u>DIRECCIÓN:</u>		<u>APT #:</u>
<u>TELÉFONO CELULAR:</u>	<u>TELÉFONO CELULAR:</u>	<u>CASA:</u>
<u>CORREO ELECTRÓNICO:</u>		

TUTOR 2:

<u>NOMBRE:</u>		<u>RELACIÓN:</u>
<u>DIRECCIÓN:</u>		<u>APT #:</u>
<u>TELÉFONO CELULAR:</u>	<u>TELÉFONO CELULAR:</u>	<u>CASA TELÉFONO:</u>
<u>CORREO ELECTRÓNICO:</u>		

HERMANOS QUE ASISTEN AL DISTRITO ESCOLAR DE RIDGEFIELD PARK:

NOMBRE:
GRADO:

ESCUELA: POR FAVOR CIRCULAR UNO

	RP JR/SR HS / ROOSEVELT / GRANT / LINCOLN	
	RP JR/SR HS / ROOSEVELT / GRANT / LINCOLN	
	RP JR/SR HS / ROOSEVELT / GRANT / LINCOLN	
	RP JR/SR HS / ROOSEVELT / GRANT / LINCOLN	
	RP JR/SR HS / ROOSEVELT / GRANT / LINCOLN	
	RP JR/SR HS / ROOSEVELT / GRANT / LINCOLN	

RECONOCIMIENTO:

Certifico que la información proporcionada por mí es verdadera, soy consciente de que si alguna de las declaraciones anteriores hechas por mí es falsa, estoy sujeto a castigo bajo la ley y puede resultar en responsabilidad financiera por asistir a la escuela.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

FIRMA: _____ FECHA: _____

RIDGEFIELD PARK PUBLIC SCHOOLS
712 Lincoln Avenue, Ridgefield Park, NJ 07660
Tel: 201-807-2640 // www.rpps.net

AFIRMACIÓN DE RESIDENCIA

FECHA: _____

YO, POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE YO, _____, SOY EL PADRE/TUTOR LEGAL DE:

(NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PADRE O TUTOR)

<u>NOMBRE DEL NIÑO</u>	<u>EDAD</u>	<u>GRADO</u>

ADEMÁS CERTIFICO QUE MI HIJO/HIJOS Y YO ESTAMOS RESIDIENDO LEGALMENTE EN LA CIUDAD DE RIDGEFIELD PARK EN LA SIGUIENTE:

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE CONTACTO: _____

LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS QUE ESTABLECEN QUE ESTAMOS RESIDIENDO LEGALMENTE EN LA CIUDAD DE RIDGEFIELD PARK SE HA PRESENTADO PARA VERIFICACIÓN.

PROPIETARIO DE LA VIVIENDA:

1. Escritura, registro de impuestos sobre la propiedad o declaración de hipoteca que refleje la dirección de Ridgefield Park.
2. Factura de servicios públicos actual

INQUILINO DE LA VIVIENDA:

1. contrato de arrendamiento original actual que verifique los nombres, el estado y la duración del contrato de arrendamiento. El contrato de arrendamiento debe tener el nombre, la dirección y el número de teléfono del arrendador. Si no tiene su contrato de arrendamiento actual disponible, puede completar la Declaración jurada de residencia del arrendador.
2. Declaración jurada de residencia del arrendador. La declaración jurada debe tener el nombre, la dirección y el número de teléfono del arrendador y estar notariada.
3. Factura actual de servicios públicos

****TENGA EN CUENTA QUE SE PUEDE REQUERIR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL****

Yo, _____, afirmo que soy el padre/tutor del (de los) estudiante(s) que figura(n) en este formulario. Además, declaro que este formulario y los documentos adjuntos constituyen una prueba verdadera y precisa de que los estudiantes que figuran en este formulario residen conmigo dentro de la ciudad de Ridgefield Park y continuarán haciéndolo durante el año escolar. Si alguno de los estudiantes enumerados en este formulario deja de vivir conmigo, o si mudo mi residencia fuera de la ciudad de Ridgefield Park dentro del año escolar, notificaré de inmediato por escrito a la Junta de Educación de Ridgefield Park.

Si se determina que la dirección indicada en este formulario no es mi residencia válida, reconozco que seré responsable de pagar la tasa de matrícula; establecido por el Estado de Nueva Jersey, a la Junta de Educación de Ridgefield Park para cada niño que asiste a la escuela en el sistema de Escuelas Públicas de Ridgefield Park hasta que se haya establecido la residencia.

Certifico que las siguientes declaraciones hechas por mí son verdaderas, estoy consciente de que si alguna de las declaraciones anteriores hechas por mí es falsa, estoy sujeto a sanción conforme a la ley.

NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)

FIRMA

FECHA

DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA DEL PROPIETARIO

FECHA: _____

ESTADO DE NUEVA JERSEY

CONDADO DE BERGEN

Yo, _____ mayor de edad, debidamente juramentado, de acuerdo con la ley, declaro y digo:

1. Soy el propietario de la propiedad ubicada en _____ en la Ciudad de Ridgefield Park.
2. _____ es inquilino y ha sido inquilino en las instalaciones anteriores desde _____ (mes) _____ (año).
3. Los nombres de los inquilinos permitidos son los siguientes:

ENUMERE TODOS LOS NOMBRES DE LOS ADULTOS Y NIÑOS AUTORIZADOS A VIVIR EN LA DIRECCIÓN DICHA ANTERIORMENTE

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Hago esta declaración jurada sabiendo que el La Junta de Educación de Village of Ridgefield Park se basará en lo mismo para determinar

si _____ será considerado un alumno con derecho a una educación gratuita.
(NOMBRE DEL ESTUDIANTE) NOMBRE DEL

ARRENDADOR: _____

DIRECCIÓN DEL ARRENDADOR: _____

NÚMERO DE CONTACTO DEL ARRENDADOR: _____

FIRMA DEL ARRENDADOR: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ

ESTE _____ DÍA DE _____

AÑO _____.

NOTARIO PÚBLICO

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTROS ACADÉMICOS

Grant School 104 Henry Street 201-641-0441	Lincoln School 712 Lincoln Avenue 201-994-1830	Roosevelt School 508 Teaneck Road 201-440-0808	RPJRSRHS One Ozzie Nelson Drive 201-440-1440	Office of Special Servicios 98 Central Avenue 201-807-2650
---	---	---	---	---

Fecha: _____

El niño nombrado a continuación se ha inscrito en una de nuestras escuelas. El padre/tutor ha autorizado que los siguientes registros deben enviarse a la escuela marcada con un círculo lo antes posible:

- Académico (incluyendo boleta de calificaciones, expediente académico, puntajes de exámenes estandarizados, IEP)
- Asistencia
- Disciplinario
- Médico/Salud
- Confidencial

Nombre completo de la escuela anterior: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

teléfono: _____

Número de fax: _____

Correo electrónico de contacto: _____

Gracias por su cooperación.

Por la presente doy permiso para divulgar todos los registros escolares académicos, de asistencia, de salud, disciplinarios y confidenciales a la escuela marcada con un círculo arriba para:

Nombre del niño: _____

Grado actual: _____

Nombre del padre/tutor (letra de imprenta): _____

Firma del padre/tutor: _____

INICIATIVA DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE MEDICAID (SEMI)

DISTRITO ESCOLAR DE RIDGEFIELD PARK:

Nuestro distrito escolar participa en el programa Iniciativa de Medicaid de Educación Especial (SEMI) que permite a los distritos escolares facturar a Medicaid por los servicios que se brindan a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia, 34 CFR §99.30 y la Sección 617 de IDEA Parte B, los requisitos de consentimiento en 34 CFR §300.622 requieren un consentimiento único antes de acceder a los Beneficios públicos.

Este consentimiento establece que la información de identificación personal de su hijo, como los registros de los estudiantes o la información sobre los servicios prestados a su hijo, incluidas las evaluaciones y los servicios especificados en el Programa de Educación Individualizado (IEP) de mi hijo (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla, asesoramiento psicológico, audiología, enfermería y transporte especializado) pueden divulgarse a Medicaid y al Departamento del Tesoro con el fin de recibir el reembolso de Medicaid en el Distrito escolar.

Como padre/tutor del niño mencionado a continuación, doy permiso para divulgar información como se describe anteriormente y entiendo y acepto que Medicaid puede acceder a los beneficios públicos o al seguro público de mi hijo o míos para pagar la educación especial o los servicios relacionados según la Parte 300 (servicios bajo el IDEA). Entiendo que el distrito escolar aún debe brindar servicios a mi hijo de conformidad con su IEP, independientemente de mi estado de elegibilidad para Medicaid o mi voluntad de dar mi consentimiento para la facturación de SEMI

. Entiendo que la facturación de estos servicios por parte del distrito no afecta mi capacidad. para acceder a estos servicios para mi hijo fuera del entorno escolar, ni mi familia incurrirá en ningún costo, incluidos copagos, deducibles, pérdida de elegibilidad o impacto en los beneficios de por vida.

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Doy mi consentimiento para facturar por SEMI:

- SÍ
- NO

Este consentimiento se puede revocar en cualquier momento comunicándose con el Administrador de casos de su hijo o con el administrador de la escuela de su hijo, por escrito.

Encuesta sobre el idioma que se habla en casa

Objetivo: la encuesta sobre el idioma que se habla en casa se utiliza únicamente con el fin de ofrecer servicios educativos adecuados (de acuerdo con el capítulo 1 de la Herramienta EL del Departamento de Educación de EE. UU.). Esta encuesta es el primero de los tres pasos para determinar si un estudiante es elegible para ser identificado como estudiante de inglés (ELL, por sus siglas en inglés). En este sentido, se entiende por "Casa" el lugar de residencia actual del estudiante.

Información del estudiante:

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD): _____

Dirección actual: _____

Preguntas de la encuesta:

1.) Liste todos los idiomas que se hablan en la casa del estudiante.

2.) ¿El primer idioma hablado por el estudiante fue un idioma distinto del inglés?

_____ No _____ Sí

3.) ¿El estudiante habla o entiende un idioma distinto del inglés?

_____ No _____ Sí

4.) Cuando se relaciona con otras personas en casa (por ejemplo: padres, encargados, hermanos), ¿el estudiante entiende o habla en un idioma distinto del inglés la mayor parte del tiempo?

_____ No _____ Sí

5.) Cuando se relaciona con otras personas fuera de casa (por ejemplo, amigos, cuidadores), ¿el estudiante entiende o habla en un idioma distinto del inglés la mayor parte del tiempo?

_____ No _____ Sí

Updated: June 30, 2021

DATE: _____

DATE: _____

ALLERGY RECORD FORM

CHILD'S NAME: _____

LAST FIRST MIDDLE

DATE OF BIRTH: ____ / ____ / ____ AGE: _____

If your child has **NO** allergies/reactions please check here and sign below.

ITEM	YES	NO	TYPE OF REACTION	MEDICATION TAKEN	ACTIONS TO BE TAKEN
DAIRY PRODUCTS					
EGGS					
PEANUTS					
OTHER FOODS PLEASE LIST BELOW					
BEEES					
OTHER ANIMALS PLEASE LIST BELOW					
PENICILLIN					
ERYTHROMYCIN					
OTHER MEDS PLEASE LIST BELOW					
SEASONAL ALLERGIES					
OTHER ALLERGIES PLEASE LIST BELOW					

ADDITIONAL INFORMATION

OTHER FOOD:

FOOD	TYPE OF REACTION	MEDICATION TAKEN	ACTIONS TO BE TAKEN

OTHER ANIMALS:

ANIMAL	TYPE OF REACTION	MEDICATION TAKEN	ACTIONS TO BE TAKEN

OTHER MEDICATION:

MEDICATION	TYPE OF REACTION	MEDICATION TAKEN	ACTIONS TO BE TAKEN

OTHER ALLERGIES:

ALLERGIES	TYPE OF REACTION	MEDICATION TAKEN	ACTIONS TO BE TAKEN

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

RELATIONSHIP TO CHILD: _____

DATE: _____

MEDICAL HISTORY FORM

CHILD'S NAME: _____

LAST

FIRST

MIDDLE

DATE OF BIRTH: ____/____/____

AGE: _____

Please complete the child's health history below.

<u>DIAGNOSIS</u>	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>DATE OF DIAGNOSIS</u>	<u>TREATMENT AND/OR RESTRICTIONS</u>
ASTHMA				
BLOOD DISORDER				
CHICKEN POX				
DIABETES				
HEAD INJURY				
HEART PROBLEM				
SEIZURE				
SKIN CONDITION				
SPEECH/LANGUAGE				
URINARY PROBLEM				
VISION/GLASSES				

Current Medications: Please include the name of the medicine, the dosage, time, and reason for use.

<u>NAME OF MEDICINE</u>	<u>DOSAGE</u>	<u>TIME</u>	<u>REASON</u>

Hospitalizations for illness or surgery: Please include diagnosis and year.

<u>HOSPITALIZATION REASON</u>	<u>DIAGNOSIS</u>	<u>YEAR</u>

I GIVE MY PERMISSION FOR THIS INFORMATION TO BE SHARED WITH APPROPRIATE SCHOOL STAFF.

PARENT/GUARDIAN NAME: _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____

RELATIONSHIP TO CHILD: _____

DATE: _____

RIDGEFIELD PARK PUBLIC SCHOOLS
712 Lincoln Avenue, Ridgefield Park, NJ 07660
Tel: 201-807-2640 // www.rpps.net

DATE: _____

MEDICATION FORM

CHILD'S NAME: _____
LAST FIRST MIDDLE

DATE OF BIRTH: ____/____/____ AGE: _____

PARENT/GUARDIAN NAME: _____

RELATIONSHIP TO CHILD: _____

A child must not bring to school any prescribed or over-the-counter medication...not one single dose! Any such products must be brought to the school nurse by a parent/guardian with directions for use from a physician. Only a school nurse may administer the medication.

By my signature, I certify that my child does not need to take any prescribed or over-the-counter medication during the school day.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____

DATE: _____

There are few exceptions to this rule:

Permission may be granted to your child for self-administration of medication for asthma or other potentially life threatening conditions if the school receives written permission from a parent/guardian and authorization by a physician. Even in this case, we may require that the medication be self-administered in the presence of the school nurse.

By my signature below I give permission for my child to self-administer the medication indicated by the physician. I understand that Ridgefield Park Public Schools shall incur no liability as a result of any injury arising from the self-administration of medication by my child and I shall indemnify and hold harmless the Ridgefield Park Board of Education and its employees and agent against any claims arising as a result of the self administration of medication by my child.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

RELATIONSHIP TO CHILD: _____

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN'S OFFICE:

Diagnosis	Name of Medication	Form of Medication	Dose	Time	How soon the dose can be repeated	List of significant side effects	Length of time this treatment is recommended

The above mentioned child has asthma and/or other life threatening condition and has been instructed in and is capable of self-administering the medication noted above.

Physician's Signature and Stamp: _____

PLACE STAMP HERE

Physician's Name: _____

SIGNATURE: _____

ADDRESS: _____

TELEPHONE: _____

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>I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.</i>			
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>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.</i>	
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.