

Imprima estos documentos presentados a continuación, complete con letra legible y entregue en la escuela.

| DOCUMENTOS Y OTROS REQUISITOS DE ADMISIÓN | |
|---|--|
| ✓ | Hoja de Examen Médico |
| ✓ | Certificado de Salud Oral (Requerido para los niveles de K, 2do, 4to, 6to y 8vo) (Si no aplica, escriba N/A en la forma e inclúyala) |
| ✓ | Plan de Acción Contra Asma (Si no aplica, escriba N/A en la forma e inclúyala) |
| ✓ | Solicitud de evaluación para acomodo razonable. (Si no aplica, escriba N/A en la forma e inclúyala) |



Visual and Performing Arts Christian School
VPA KiddoKidz Day Care

PO BOX 8833 Bayamón PR 00960-8833 ■ Teléfono: 787-998-2588; 939-416-2588 ■ Email: info@vpa.school

MATRÍCULA-HOJA DE COTEJO

Estudiante: _____

Apellido paterno
Apellido materno
Nombre e Inicial

| |
|-------------|
| Año Escolar |
| |

En esta hoja hemos señalado todos los documentos que debe completar. Favor retener las hojas informativas.

- Complete** estos documentos de manera **digital** siguiendo este enlace:
<https://www.vpa.school/solicitudadmision>

| | Forma | DOCUMENTOS Y OTROS REQUISITOS DE ADMISIÓN |
|--|-------|---|
| | IN-02 | Acuerdo Padre Escuela |
| | IN-03 | Matrícula-Hoja de cotejo |
| | IN-01 | Solicitud de Admisión completada en todas sus partes |
| | SG-01 | Protocolo Llamadas Preventivas |
| | SL-04 | Autorización para Ofrecer Servicios Médicos de Emergencia |
| | AC-01 | Hoja Informativa de Educación Especial |
| | AC-02 | Autoidentificación: Tratamientos y Acomodos Razonables |
| | SG-02 | Permiso para Uso de Fotografía y Vídeos |
| | IN-04 | Política de Bullying y Cyber-Bullying para su referencia |

- Complete** estos documentos de manera **digital** siguiendo este enlace:
<https://www.vpa.school/formarecogido>

| | Forma | DOCUMENTOS Y OTROS REQUISITOS DE ADMISIÓN |
|--|-------|---|
| | SG-03 | Autorización de Recogido |


- Descargue, Imprima** y complete los documentos con letra legible.
<https://www.vpa.school/DescargadeAdmision>

| | Forma | DOCUMENTOS Y OTROS REQUISITOS DE ADMISIÓN |
|--|------------------|--|
| | SL-01 | Hoja de Examen Médico |
| | SO-001 – Externo | Certificado de Salud Oral (Requerido para los niveles de K, 2do, 4to, 6to y 8vo) (Si no aplica, escriba N/A en la forma e inclúyala) |
| | SL-03 | Plan de Acción Contra Asma (Si no aplica, escriba N/A en la forma e inclúyala) |
| | AC-03 | Solicitud de evaluación para acomodo razonable. (Si no aplica, escriba N/A en la forma e inclúyala) |

Visual and Performing Arts Christian School
VPA KiddoKidz Day Care

PO BOX 8833 Bayamón PR 00960-8833 ■ Teléfono: 787-998-2588; 939-416-2588 ■ Email: info@vpa.school

4. **Provea** estos documentos

| Forma | | DOCUMENTOS Y OTROS REQUISITOS DE ADMISIÓN |
|---|---------------|--|
|  | N/A - Externo | 1 Foto del Menor |
| | N/A - Externo | Evidencia de dirección residencial y postal (Factura de AAA, LUMA, celular, etc.) |
| | N/A - Externo | Formulario PVA-3 (Certificado de vacuna) ó Declaración Jurada |
| | N/A - Externo | Copia del Certificado de Nacimiento |
| | N/A - Externo | Presentar Seguro Social del menor |
| | N/A - Externo | Copia de la tarjeta del plan médico |
| | N/A - Externo | Examen Visual (Requerido para los niveles KiddoKidz, Kinder, 2do, 4to, 6to y 8vo) |
| | N/A - Externo | Prueba de Audiometría (Requerido para los niveles Preescolares, Kiddokidz) |
| | N/A - Externo | Plan Escolar de Manejo de Diabetes (Plan recomendado por AAD o por su médico especialista) Este documento es requerido para estudiantes que padecen de diabetes. |
| | N/A - Externo | Recomendación financiera (de escuela de procedencia, provenientes de escuelas privadas) |
| | N/A - Externo | Recomendación Conductual (de escuela de procedencia, provenientes de escuelas privadas) |
| | N/A - Externo | Transcripción de crédito (de escuela de procedencia, 1er nivel en adelante) Estudiantes de primer grado, entregar Informe de Progreso de Kinder |
| | N/A Externo | Confirmación impresa como evidencia de haber completado la forma de Autorización de Regido para las personas que autorizará a recoger al menor en la salida. |



Visual and Performing Arts Christian School
VPA KiddoKidz Day Care

PO BOX 8833 Bayamón PR 00960-8833 ■ Teléfono: 787-998-2588 o 939-416-2588 ■ Email: info@vpa.school

EXAMEN MÉDICO

Nombre y Apellidos: _____ Estatura _____ Peso _____ Edad _____

¿Padece de Alguna Condición?: (Explique en caso afirmativo)

- | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ojos | <input type="checkbox"/> Garganta | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Oídos | <input type="checkbox"/> Nariz |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Asmático | <input type="checkbox"/> Genitales | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Piel | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Dentadura | <input type="checkbox"/> Alergias | | |

Explique: _____

¿Es alérgico a algún medicamento o comida?: _____

¿Padece alguna condición especial como: epilepsia, hemofilia o es paciente cardiaco, etc.?:

___ Sí ___ NO **Explique, si afirmativo:** _____

¿Está o ha estado enfermo o expuesto recientemente a alguna enfermedad transmisible u operación?

___ Sí ___ NO **Explique, si afirmativo:** _____

¿Tiene alguna condición o deficiencia física o mental que le incapacite en algo para tomar parte en las actividades educativas, recreativas o deportivas? ___ Sí ___ No

Explique, si afirmativo: _____

Comentarios: _____

CERTIFICO que he examinado a la persona en referencia. Su estado de salud es satisfactorio y está libre de enfermedades contagiosas.

Nombre del Médico (Letra de Molde)

Firma del Médico

Fecha (dd/mm/yy)

Núm. de Licencia

Teléfono

Esta sección debe ser completada por el Padre o Madre o Encargado:

Indique cualquier condición, alergia, medidas preventivas u otros si estos aplican al estudiante a continuación:

Fecha (dd/mm/yy)

Firma del Encargado

* Notificación de Política: Visual and Performing Arts Christian School y VPA KiddoKidz Day Care no discriminan por razón de raza, color, sexo, nacimiento, origen nacional, condición social, ideas políticas, edad o impedimento en sus actividades, servicios educativos y oportunidades de empleo.

*La enseñanza provista está basada en los principios de que Dios existe, Dios habla, Dios creó el universo y Dios creó al hombre.



CERTIFICADO DE EXAMEN ORAL

(Forma SO-001)

Revisión Octubre 2018



Según establece la Ley Núm. 63 del 2017, es requisito de matrícula para los grados K, 2, 4, 6, 8 y 10mo de las escuelas de Puerto Rico el presentar certificado de salud oral.

| I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---------------------------|------------------------|
| Nombre del estudiante | | | | Sexo | | Edad | Grado que cursa |
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombre | | Inicial | |
| | | | | | | | |
| Dirección física | | Dirección postal | | | | Teléfonos | |
| | | | | | | () | |
| | | | | | | () | |
| Nombre del padre, madre o encargado | | | | | | | |
| Relación con el menor | | | | Correo electrónico | | | |
| <p align="center">II. EXAMEN ORAL (A completar por el dentista)</p> <input type="checkbox"/> SE REALIZÓ EVALUACIÓN ORAL Fecha (día-mes-año): / / <input type="checkbox"/> Se ofreció orientación de prevención e higiene | | | | | | | |
| III. RECOMENDACIONES: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cuidado dental regular de rutina | | <input type="checkbox"/> Tratamiento adicional al de rutina | | | <input type="checkbox"/> Referido para tratamiento especializado | | |
| <input type="checkbox"/> NECESITA TRATAMIENTO URGENTE | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> se otorgó cita para tratamiento urgente en nuestra oficina el día : ____ / ____ / ____ Día / Mes / Año | | | | <input type="checkbox"/> * referido para tratamiento urgente a: (*Institución Ilena Sección V) Nombre del Doctor: _____ Área de especialidad: _____ | | | |
| IV. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR | | | | | | | |
| Certifico haber provisto las recomendaciones y servicios arriba indicados | | | | | | | |
| Nombre del dentista | | | | | | Número de licencia | |
| Dirección física de la oficina | | | | | | Teléfonos | |
| | | | | | | () | |
| | | | | | | () | |
| Firma | | Fecha día / mes / año | | Correo electrónico | | | |
| <p align="center">V. PARA USO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN CASO DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO URGENTE</p> <input type="checkbox"/> NO tiene cita para tratamiento urgente. Razón: _____ <input type="checkbox"/> Sí tiene cita para tratamiento urgente. El día ____ / ____ / ____ con: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Día Mes Año Nombre del doctor </div> | | | | | | | |
| Nombre de la persona que otorga la información | | | | | Nombre del funcionario escolar que recopila la información | | |
| Firma de la persona que otorga la información | | | | | Fecha (día – mes – año) ____ / ____ / ____ | | |





POLÍTICA PARA ESTUDIANTES PACIENTES DE ASMA

Para que un niño asmático se desenvuelva normalmente en la escuela, todos los involucrados (el niño, la familia, el médico, y el personal de la escuela) deben trabajar juntos para prevenir y/o controlar el asma en la escuela. Es importante para el niño el contar con un ambiente educativo positivo y saludable.

Problemas comunes

Existen problemas comunes que enfrenta el niño con asma. Un problema es el ausentismo alto a causa del aumento de los síntomas del asma o por visitas al médico. Un maestro bien informado reconocerá aquellos factores que pueden perjudicar al estudiante asmático, y brindarle la asistencia adecuada. Las actividades diarias deberán llevarse a cabo como de costumbre, los padres deberán procurar enviar al niño a la escuela cuando presente síntomas leves de asma.

El otro problema son los efectos secundarios de los medicamentos, los cuales pueden afectar la habilidad de aprendizaje. Estos efectos pueden incluir:

- Dolor de cabeza
- Temblores leves
- Dolor de estómago
- Sueño

El participar de ejercicios y en deporte algunas veces crea problemas en el asmático. En todo momento se debe evitar la ansiedad o la vergüenza de sufrir crisis, síntomas asmáticos y aún más la vergüenza de tomar los medicamentos. Antes de que un niño asmático inicie una clase de educación física o arte en la escuela, el doctor del niño deberá especificar en el plan la naturaleza del asma inducida por el ejercicio, técnicas de prevención, signos de alarma y explicar el programa de manejo del asma del niño. La escuela debe ayudar al niño asmático a ejercitarse y a que cada uno llegue a conocer sus propias limitaciones.

Prevención

La gravedad y duración de las crisis asmáticas son únicas en cada niño y pueden ser las mismas o diferentes en cada crisis asmática. Las crisis pueden surgir sin previo aviso, con un ataque de tos repentino, falta de aliento y resuellos. Pero puesto que las vías respiratorias de las personas asmáticas están inflamadas y empeoran cuando se exponen de forma gradual a los desencadenantes asmáticos, las crisis también pueden ir en aumento con el tiempo, sobre todo en personas cuya asma no está bien controlada. Será importante identificar las primeras señales de alerta que un niño puede experimentar cuando una crisis comienza para que puedan ser tratadas a tiempo.

Para reducir o prevenir las crisis asmáticas, el padre o encargado traerá un plan de acción contra el asma específico para su hijo. Este plan deberá ser desarrollado con el pediatra del niño. Este plan nos ayudara a:

- evitar los desencadenantes
- identificar los síntomas tempranos de una crisis asmática y tratarlos
- saber cómo manejar la crisis
- saber cuándo solicitar cuidado médico de emergencia

Plan de acción contra asma

Pertenece a:

Fecha:

| | | | |
|-------------------------|--|---|--|
| Nombre de Doctor: | | Tel. de doctor: | |
| Contacto Emergencia: | | Tel. de Emergencia: | |
| Desencadenantes: | <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Clima <input type="checkbox"/> Alimentos | <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Animales | <input type="checkbox"/> Moho <input type="checkbox"/> Resfriado <input type="checkbox"/> Aire contaminado <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Crisis Inducida por Ejercicio

| | | |
|---------------|--|----------------------------|
| Medicina: | | Instrucciones Adicionales: |
| Dosis: | | |
| Cuándo tomar: | | |

En Control

| | | | |
|---|--|-------|--------------|
| Síntomas <ul style="list-style-type: none"> • Fácil respirar • No hay toz ni pito/pitido • Puede realizar actividades usuales • Puede dormir toda la noche | Usa los medicamentos de control según indicado: | | |
| | Medicina | Dosis | Cuándo tomar |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PRECAUCION

| | | | |
|--|---|-------|--------------|
| Síntomas <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad al respirar • Tose, tiene pito/pitido o pecho apretado • Algún grado de dificultad para realizar actividades usuales • Síntomas de catarro o monga | Usa los medicamentos de control según indicado y añade estas medicinas de rescate: | | |
| | Medicina | Dosis | Cuándo tomar |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PELIGRO

| | | | |
|--|---|-------|--------------|
| Síntomas <ul style="list-style-type: none"> • Problema severo para respirar • No puede realizar actividades usuales • Dificultad para caminar o hablar • Medicina de rescate no ayuda | ¡Tome esta medicina y llame al doctor ahora! | | |
| | Medicina | Dosis | Cuándo tomar |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Si los síntomas no mejoran, notifique a los padres y llévelo al hospital o llame al 9-1-1

Visual and Performing Arts Christian School
VPA KiddoKidz Day CarePO BOX 8833 Bayamón PR 00960-8833 ■ Teléfono: 787-998-2588 ■ Email: info@vpa.school**SOLICITUD PARA ACOMODO RAZONABLE****INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

| | | |
|---------|----------------------|-------|
| Nombre: | Fecha: | |
| Nivel: | Fecha de Nacimiento: | Edad: |

INFORMACIÓN DEL ENCARGADO

| | |
|---------------------|-------------------------------|
| Nombre: | Parentesco con el estudiante: |
| Dirección postal: | |
| Correo electrónico: | Teléfono: |

Indique la necesidad del menor por la que solicita acomodo razonable:

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

Diagnóstico:

(*Debe evidenciarse con la documentación del Profesional que así lo certifique)

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

Indique cuál es el acomodo que solicita y cómo el estudiante se beneficiaría del acomodo:

| |
|--|
| |
|--|

Yo, _____ padre, madre o encargado del estudiante _____ certifico que la información aquí provista es cierta. Entiendo que VPA Christian School es una escuela de *corriente regular* por lo que analizará cada solicitud en conjunto con los documentos sometidos. Entiendo además que esta solicitud *no garantiza* que se pueda proveer el acomodo razonable. En el caso de que VPA Christian School apruebe el acomodo razonable solicitado este tendrá duración de un año escolar. *Se requiere que el encargado complete la solicitud de acomodo razonable anualmente.*

Nombre del padre, madre y/o encargado_____
Firma
Padre, madre y/o encargado_____
Fecha

RECUERDE ENTREGAR ESTOS DOCUMENTOS

| DOCUMENTOS Y OTROS REQUISITOS DE ADMISIÓN |
|--|
| ✓ 1 Foto del Menor |
| ✓ Evidencia de dirección residencial y postal (Factura de AAA, LUMA, celular, etc.) |
| ✓ Formulario PVA-3 (Certificado de vacuna) ó Declaración Jurada |
| ✓ Copia del Certificado de Nacimiento |
| ✓ Presentar Seguro Social del menor |
| ✓ Copia de la tarjeta del plan médico |
| ✓ Examen Visual (Requerido para los niveles KiddoKidz, Kinder, 2do, 4to, 6to y 8vo) |
| ✓ Prueba de Audiometría (Requerido para los niveles Preescolares, Kiddokidz) |
| ✓ Plan Escolar de Manejo de Diabetes (Plan recomendado por AAD o por su médico especialista) Este documento es requerido para estudiantes que padecen de diabetes. |
| ✓ Recomendación financiera (de escuela de procedencia, provenientes de escuelas privadas) |
| ✓ Recomendación Conductual (de escuela de procedencia, provenientes de escuelas privadas) |
| ✓ Transcripción de crédito (de escuela de procedencia, 1er nivel en adelante) Estudiantes de primer grado, entregar Informe de Progreso de Kinder |
| ✓ Confirmación impresa como evidencia de haber completado la forma de Autorización de Regido para las personas que autorizará a recoger al menor en la salida. |