

2

**2021-22 REGISTRATION FORM**

2021-22 FORMULARIO DE REGISTRO

Parent Name(s) | Nombres de los Padres: \_\_\_\_\_

Student Name(s) | Nombres de Estudiantes: \_\_\_\_\_



**WELLSPRING**  
CATHOLIC ACADEMY  
OF ST. BERNADETTE

 **EEducation**

A Catholic EL Education (Expeditionary Learning) School. More at [EEducation.org](http://EEducation.org)  
Una escuela católica de educación EL (aprendizaje expedicionario). Más en [EEducation.org](http://EEducation.org)

## REGISTRATION FORM | FORMULARIO DE REGISTRO

### ➤ Page 2: Welcome Letter | Pago 2: Carta de Bienvenida

**ENGLISH:** We are thrilled to welcome you and your children into the Wellspring family for the 2021-22 School Year! Thanks for trusting us to be your partners in forming and educating your children!

To get you all set up, we need some information and documentation from you in order to complete your registration, as well as a \$150 Tuition Deposit for your family (this payment holds your child(ren)'s spots and will be credited toward your first month's tuition in the fall).

Please complete this packet to the best of your ability and provide all required documentation as soon as possible to assure your child(ren)'s spot.

**ESPAÑOL:** ¡Estamos encantados de darle la bienvenida a usted y a sus hijos a la familia Wellspring para el año escolar 2021-22! ¡Gracias por confiar en nosotros para ser sus socios en la formación y educación de sus hijos!

Para configurarlo todo, necesitamos cierta información y documentación de usted para completar su registro, así como un depósito de matrícula de \$150 para su familia (este pago mantiene los lugares de su hijo (s) y se acreditará a tu matrícula del primer mes en el otoño).

Complete este paquete lo mejor que pueda y proporcione toda la documentación requerida lo antes posible para asegurar el lugar de su (s) hijo (s).

## Registration Check List | Lista de Verificación de Registro

**Completed Registration Form** | Formulario de registro completo

**Tuition Deposit (\$150 per family)** | Depósito de matrícula (\$ 150 por familia)

### ADDITIONAL FORMS (Included Here) | FORMAS ADICIONALES (incluidas aquí)

**1. Emergency Form (1 per family)** | Formulario de emergencia (1 por familia)

**2. Home Language Questionnaire (1 per family)** | Cuestionario del idioma del hogar (1 por familia)

**3. Medical History Form (1 per child)** | Formulario de Historial Médico (1 por niño)

**4. Authorization to Administer Medication (if applicable)** | Autorización para administrar medicamentos (si es aplicable)

**5. Student Health Appraisal, to be completed by child's doctor or at a clinic (Required for PreK & Kindergarten)** | Evaluación de salud del estudiante, para ser completado por el médico del niño o en una clínica (requerido para prekínder y jardín de infantes)

### SUPPLEMENTAL DOCUMENTS (Please Attach) | DOCUMENTOS SUPLEMENTARIOS (Adjunte)

**6. Copy of Student(s) Birth Certificate(s)** | Copia del certificado de nacimiento

**7. Immunization Records** | Cartilla de Vacunación

**8. School Records from Previous School(s) Attended (if applicable)** | Registros escolares de escuelas a las que asistió anteriormente (si es aplicable)

**9. Sacramental Documents (Baptism & Confirmation Certificates if applicable)** | Certificados sacramentales (Bautismo y Confirmación si es aplicable)

**10. Custody Paperwork (if applicable)** | Documentos de custodia (si es aplicable)

**11. Preschool Info Form (Complete in August)** | Formulario de información preescolar (completar en agosto)

# REGISTRATION FORM | FORMULARIO DE REGISTRO

## ➤ Page 3: Family Information | Pago 3: Información Familiar

### Parent or Guardian #1 | Padre o Guardián #1

**First & Last Name(s)** | Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

**Relationship to Student(s)** | Relación con el estudiante(s): \_\_\_\_\_

**Your Date of Birth** | Tu fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Address** | Domicilio: \_\_\_\_\_

**City** | Ciudad: \_\_\_\_\_ **State** | Estado: \_\_\_\_\_ **Zip** | Código Postal: \_\_\_\_\_

**Email** | Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Primary Phone** | Teléfono principal: \_\_\_\_\_ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)

**Additional Phone** | Teléfono adicional: \_\_\_\_\_ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)

**Religious Affiliation** | Afiliación religiosa: \_\_\_\_\_

**Parish or Church** | Iglesia: \_\_\_\_\_

**Primary Language** | Idioma Primario: *English/Inglés Spanish/Español Other/Otro*: \_\_\_\_\_

**Marital Status** | Estado Civil:

Single | Soltero       Married | Casado       Separated | Separado       Widowed | Viudo

Divorced & Single | Divorciado y soltero       Divorced & Remarried | Divorciado y vuelto a casar

**Spouse or Partner (If Applicable)** | Cónyuge o pareja (si corresponde): \_\_\_\_\_

### Parent or Guardian #2 | Padre o Guardián #2

**First & Last Name(s)** | Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

**Relationship to Student(s)** | Relación con el estudiante(s): \_\_\_\_\_

**Your Date of Birth** | Tu fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Address** | Domicilio: \_\_\_\_\_

**City** | Ciudad: \_\_\_\_\_ **State** | Estado: \_\_\_\_\_ **Zip** | Código Postal: \_\_\_\_\_

**Email** | Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Primary Phone** | Teléfono principal: \_\_\_\_\_ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)

**Additional Phone** | Teléfono adicional: \_\_\_\_\_ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)

**Religious Affiliation** | Afiliación religiosa: \_\_\_\_\_

**Parish or Church** | Iglesia: \_\_\_\_\_

**Primary Language** | Idioma Primario: *English/Inglés Spanish/Español Other/Otro*: \_\_\_\_\_

**Marital Status** | Estado Civil:

Single | Soltero       Married | Casado       Separated | Separado       Widowed | Viudo

Divorced & Single | Divorciado y soltero       Divorced & Remarried | Divorciado y vuelto a casar

**Spouse or Partner (If Applicable)** | Cónyuge o pareja (si corresponde): \_\_\_\_\_

# REGISTRATION FORM | FORMULARIO DE REGISTRO

## ➤ Page 4: Student Information | Pago 4: Información del Estudiante

### Students | Estudiantes

**ENGLISH:** Please complete this form to tell us more about your children. We respectfully ask that you provide Race and Ethnicity data for your children, as it is required for the NCEA (National Catholic Education Association) Demographic Report that all Catholic schools are required to complete each year

**ESPAÑOL:** Por favor complete este formulario para contarnos más sobre sus hijos. Le pedimos respetuosamente que proporcione datos de raza y origen étnico para sus hijos, ya que se requiere para el informe demográfico de NCEA que todas las escuelas católicas deben completar cada año.

Full Name Nombre Completo	Sex Masculino o Femenino	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Grade 20-21 Grado 20-21	Hispanic or Latino? ¿Es hispano o latino?	Race Raza
	M or F				
	M or F				
	M or F				
	M or F				

#### NCEA Racial Codes | NCEA Codigos de Raza\*

- > **A:** Asian | *Asiatico*
- > **B:** Black/African American | *Negro/Africano*
- > **W:** White | *Blanca*
- > **AI:** American Indian/Native Alaskan | *Indio Americano/Nativo Alaskeño*
- > **NH:** Native Hawaiian/Pacific Islander | *Nativo de Hawaii/Ociano Pacifico Isla*
- > **M:** Multi-racial (two or more races) | *Raza Mixto (dos o más razas)*

**\* Please Note | Atencion:** Per NCEA guidelines, "Hispanic" is not considered a race, but rather an ethnicity. If your child is Hispanic, please choose the Race group you associate your child most with. | *Por favor, "Hispano" no es raza, es una identidad. Si su niño(a) es Hispano(a) escoja el grupo de raza que usted reconocer mejor.*

<p><b>Primary Residence for Children.</b> If shared custody, please describe.</p> <p><b>Residencia primaria para niños.</b> Si la custodia compartida, por favor describa.</p>	
<p><b>Name of Your Neighborhood Public School</b></p> <p>Nombre de la Escuela Publica de su barrio</p>	
<p><b>Please list name &amp; contact info of previous school.</b></p> <p>Por favor indique el nombre y la información de contacto de la escuela anterior.</p>	

## REGISTRATION FORM | FORMULARIO DE REGISTRO

➤ Page 5: Consent & Tuition | Pago 5: Consentimiento y Matrícula

### Parental Consent | Consentimiento Paterno

**ENGLISH:** By signing here, I acknowledge that it is my desire to enroll my child(ren) at Wellspring Catholic Academy of St. Bernadette for the 2021-22 School Year. YAY! ☺

**ESPAÑOL:** Al firmar aquí, reconozco que es mi deseo inscribir a mis hijos en la Academia Católica Wellspring de St. Bernadette para el año escolar 2021-22. ¡HURRA! ☺

Print Name | *Nombre Impreso:* \_\_\_\_\_ Date | *Fecha:* \_\_\_\_\_

Parent Signature | *Firma de los Padres:* \_\_\_\_\_

### Applying For Financial Aid/Tuition Assistance

Solicitud de ayuda financiera / asistencia para la matrícula

As a Catholic school, we believe each family ought to make a "just and reasonable" contribution toward the actual cost to educate their child(ren), knowing this contribution is an investment in their child's future. However, no family should be unduly burdened. As a stance of equity, we believe families who have been blessed with the means to pay full tuition ought to be expected to do so. Those families who are less financially well-off ought to receive fair financial aid in the form of tuition assistance.

For Financial Aid, we utilize the Archdiocesan Seeds of Hope **"Variable Tuition Program" (VTP)**, an income-based sliding tuition scale to which any family can apply via an online application to determine eligibility for financial aid. 2020 household income must be verified by a tax return (1040). We are here to help you with this application, as well as help you navigate and apply for additional external scholarships for which you may qualify (ACE, Schmitz, etc.). All are welcome to apply.

Como escuela católica, creemos que cada familia debe hacer una contribución "justa y razonable" hacia el costo real de educar a sus hijos, sabiendo que esta contribución es una inversión en el futuro de sus hijos. Sin embargo, ninguna familia debería estar excesivamente cargada. Como una postura de equidad, creemos que se debe esperar que las familias que han sido bendecidas con los medios para pagar la matrícula completa lo hagan. Las familias con menos recursos financieros deberían recibir ayuda financiera justa.

Para la ayuda financiera, utilizamos el **"Programa de matrícula variable" (VTP)** de la Arquidiócesis Seeds of Hope, una escala de matrícula móvil basada en los ingresos a la que cualquier familia puede solicitarla mediante una solicitud en línea para determinar la elegibilidad para la ayuda financiera. Los ingresos familiares de 2020 deben verificarse mediante una declaración de impuestos (1040). Estamos aquí para ayudarlo con esta solicitud, así como para ayudarlo a solicitar otras becas externas para las que pueda calificar (ACE, Schmitz, etc.). Invitamos a todos a aplicar.

### Please Select One | Por Favor, Seleccione Uno

**We plan to pay full tuition: \$9,000 annually per child.** | Planeamos pagar la matrícula completa: \$9,000 anuales por niño.

**We plan to complete the VTP Financial Aid Application.** | Planeamos completar la Solicitud de Ayuda Financiera de VTP.

# Emergency Form

## Formulario de Emergencia

### Student Information | Información de Estudiantes

<b>First</b>   Nombre: _____ <b>Middle Int.</b>   Inicial: _____ <b>Last</b>   Apellido: _____
<b>DOB</b>   Fecha de Nacimiento: _____ <b>Sex</b>   Sexo: _____ <b>Grade</b>   Grado: _____
<b>Student Lives With</b>   Estudiante vive con: _____

  

<b>First</b>   Nombre: _____ <b>Middle Int.</b>   Inicial: _____ <b>Last</b>   Apellido: _____
<b>DOB</b>   Fecha de Nacimiento: _____ <b>Sex</b>   Sexo: _____ <b>Grade</b>   Grado: _____
<b>Student Lives With</b>   Estudiante vive con: _____

  

<b>First</b>   Nombre: _____ <b>Middle Int.</b>   Inicial: _____ <b>Last</b>   Apellido: _____
<b>DOB</b>   Fecha de Nacimiento: _____ <b>Sex</b>   Sexo: _____ <b>Grade</b>   Grado: _____
<b>Student Lives With</b>   Estudiante vive con: _____

### Parent or Guardian #1 | Padre o Guardián #1

<b>First &amp; Last Name(s)</b>   Nombres y Apellidos: _____
<b>Relationship to Student(s)</b>   Relación con el estudiante(s): _____
<b>Address</b>   Domicilio: _____
<b>City</b>   Ciudad: _____ <b>State</b>   Estado: _____ <b>Zip</b>   Código Postal: _____
<b>Primary Phone</b>   Teléfono principal: _____ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)
<b>Additional Phone</b>   Teléfono adicional: _____ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)
<b>Employer &amp; Address</b>   Dirección del empleado: _____

### Parent or Guardian #2 | Padre o Guardián #2

<b>First &amp; Last Name(s)</b>   Nombres y Apellidos: _____
<b>Relationship to Student(s)</b>   Relación con el estudiante(s): _____
<b>Address</b>   Domicilio: _____
<b>City</b>   Ciudad: _____ <b>State</b>   Estado: _____ <b>Zip</b>   Código Postal: _____
<b>Primary Phone</b>   Teléfono principal: _____ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)
<b>Additional Phone</b>   Teléfono adicional: _____ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)
<b>Employer &amp; Address</b>   Dirección del empleado: _____



## Emergency Contact | Contacto de Emergencia

ENGLISH: In case of illness or other emergency, please contact...

ESPAÑOL: En caso de enfermedad u otra emergencia, comuníquese con...

- **First Contact** | Primer Contacto: \_\_\_\_\_
- **Second Contact** | Segundo Contacto: \_\_\_\_\_
- **Third Contact** | Tercer Contacto: \_\_\_\_\_

## Authorized Pick-Up | Recogida Autorizada

ENGLISH: Under no circumstances will a child be released to anyone unknown to the school without explicit authorization from parents or legal guardians. Please list people whom you approve to pick up your child(ren).

ESPAÑOL: Bajo ninguna circunstancia se entregará un niño a alguien desconocido para la escuela sin la autorización de los padres o tutores legales. Enumere a las personas que aprueba para recoger a sus hijos.

**Name** | Nombre: \_\_\_\_\_ **Relationship** | Relación: \_\_\_\_\_  
**Primary Phone** | Teléfono principal: \_\_\_\_\_ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)

**Name** | Nombre: \_\_\_\_\_ **Relationship** | Relación: \_\_\_\_\_  
**Primary Phone** | Teléfono principal: \_\_\_\_\_ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)

**Name** | Nombre: \_\_\_\_\_ **Relationship** | Relación: \_\_\_\_\_  
**Primary Phone** | Teléfono principal: \_\_\_\_\_ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)

**Name** | Nombre: \_\_\_\_\_ **Relationship** | Relación: \_\_\_\_\_  
**Primary Phone** | Teléfono principal: \_\_\_\_\_ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)

**Name** | Nombre: \_\_\_\_\_ **Relationship** | Relación: \_\_\_\_\_  
**Primary Phone** | Teléfono principal: \_\_\_\_\_ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)

**Name** | Nombre: \_\_\_\_\_ **Relationship** | Relación: \_\_\_\_\_  
**Primary Phone** | Teléfono principal: \_\_\_\_\_ (Home/Casa, Cell/Celular, Work/Trabajo)

## Student Record Updates | Actualizaciones de registros de estudiantes

ENGLISH: I understand that I must keep my child's records up to date with current information.

**Parent Signature** | Firma de los padres: \_\_\_\_\_ **Date** | Fecha: \_\_\_\_\_

## Preferred Hospital, Addendum | Hospital Preferido, Apéndice

**ENGLISH:** This is an addendum that is required by the State of Colorado Department of Health and Human Services for your child's Emergency Information Card. In the event of an emergency that requires hospital care, please send my child to...

**ESPAÑOL:** Este es un apéndice requerido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Colorado para la Tarjeta de Información de Emergencia de su hijo. En caso de una emergencia que requiera atención hospitalaria, envíe a mi hijo a ...

➤ **First Hospital Choice** | Hospital Primera Opción: \_\_\_\_\_

➤ **Second Hospital Choice** | Hospital Segunda Opción: \_\_\_\_\_

Nearest Hospitals to Wellspring: | *Hospitales más cercanos a Wellspring:*

- Lutheran Medical Center (8300 W 38th Ave, Wheat Ridge, CO 80033, 303-425-4500)
- St. Anthony Hospital (11600 W 2nd Pl, Lakewood, CO 80228, 720-321-0000)
- St. Joseph Hospital (1375 E 19th Ave, Denver, CO 80218, 303-812-2000)
- Denver Health (777 Bannock St, Denver, CO 80204, 303-436-6000)
- Children's Hospital Colorado (13123 E 16th Ave, Aurora, CO 80045, 720-777-1234)

## Medical Authorization | Autorización Médica

**ENGLISH:** I give the school permission to take my child to a hospital to receive treatment. I hereby consent to any x-ray examination, surgical diagnosis or treatment, and hospital care to my child under the direct supervision and upon the advice of a physician and surgeon licensed under the provisions of the Medical Practice Act. I also consent to any x-ray examination, anesthetic, dental, surgical diagnosis or treatment, and hospital care to be rendered to my child by a dentist under the provisions of the Dental Practice Act. I authorize the medical facility to release my child into the custody of a school representative should hospital care no longer be needed. I understand that this authorization applies only in an emergency and when the parent or legal guardian cannot be reached. I understand that I am responsible for any expenses incurred by the medical and/or dental care rendered. I further agree to pick up my child if he/she is sick or injured. If I cannot be reached, the emergency contacts listed on this form can be called to pick up my child.

**ESPAÑOL:** Doy permiso a la escuela para llevar a mi hijo a un hospital para recibir tratamiento. Por la presente doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento quirúrgico y atención hospitalaria a mi hijo bajo la supervisión directa y siguiendo el consejo de un médico y cirujano con licencia según las disposiciones de la Ley de Práctica Médica. También doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento dental, quirúrgico, y la atención hospitalaria que se le brindará a mi hijo como dentista según las disposiciones de la Ley de Práctica Dental. Autorizo al centro médico a liberar a mi hijo bajo la custodia de un representante de la escuela en caso de que ya no se necesite atención hospitalaria. Entiendo que esta autorización se aplica solo en una emergencia y cuando no se puede contactar al padre o tutor legal. Entiendo que soy responsable de cualquier gasto incurrido por la atención médica y / o dental brindada. Además, acepto recoger a mi hijo si está enfermo o lesionado. Si no se me puede localizar, se puede llamar a los contactos de emergencia que figuran en este formulario para recoger a mi hijo.

**Parent Signature** | Firma de los padres: \_\_\_\_\_ **Date** | Fecha: \_\_\_\_\_





# Home Language Questionnaire

## Cuestionario del Idioma del Hogar

**ENGLISH:** Dear Parent or Guardian, in order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she understands, speaks, reads and writes English. Your assistance in answering these questions is greatly appreciated. Your responses to these questions will not impact the quality of instruction provided to your child. Thank you!

**ESPAÑOL:** Estimado padre, a fin de proporcionar a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien entiende, habla, lee y escribe inglés. Su asistencia para responder estas preguntas es muy apreciada. Sus respuestas a estas preguntas no afectarán la calidad de la instrucción proporcionada a su hijo. ¡Gracias!

**Student Name(s) |** Nombre(s) del estudiante(s): \_\_\_\_\_

Family Questions   Preguntas familiares	Response   Respuesta
1. What language(s) is spoken in the student's home or residence?   ¿Qué idioma (s) se habla en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> English/Inglés <input type="checkbox"/> Spanish/Español <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____
2. What language(s) are spoken most of the time to the student, in the home or residence?   ¿Qué idioma (s) se hablan la mayoría de las veces al estudiante, en el hogar o en la residencia?	<input type="checkbox"/> English/Inglés <input type="checkbox"/> Spanish/Español <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____
3. What language(s) does the student understand?   ¿Qué idioma (s) entiende el alumno? <i>**If English only, skip questions 4, 5, 6 and 7</i>	<input type="checkbox"/> English/Inglés <input type="checkbox"/> Spanish/Español <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____
4. What language(s) do the students <b>speak</b> ?   ¿Qué idioma (s) <b>habla</b> el estudiante?	<input type="checkbox"/> English/Inglés <input type="checkbox"/> Spanish/Español <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____
5. What language(s) do the students <b>read</b> ?   ¿Qué idioma (s) <b>lee</b> el alumno?	<input type="checkbox"/> English/Inglés <input type="checkbox"/> Spanish/Español <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____
6. What language(s) do the students <b>write</b> ?   ¿Qué idioma (s) <b>escribe</b> el alumno?	<input type="checkbox"/> English/Inglés <input type="checkbox"/> Spanish/Español <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____
Other comments about languages spoken in your home and how well your child(ren) speak, read, and write...   Otros comentarios sobre los idiomas que se hablan en su hogar y qué tan bien sus hijos hablan, leen y escribe ...	

**Please complete the student questions on the back.**

Por favor complete las preguntas de los estudiantes al dorso.



**Student Name 1** | Nombre del estudiante #1: \_\_\_\_\_

**Student Questions** | Preguntas de estudiantes

In your opinion, how well does the student understand, speak, read and write English? | *En su opinión, ¿qué tan bien el alumno entiende, habla, lee y escribe inglés?*

	<b>Very Well</b>   Muy Bien	<b>A Little</b>   Un Poco	<b>Not At All</b>   De ningún modo
<input type="radio"/> Understand English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Speak English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Read English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Write English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Student Name 2** | Nombre del estudiante #2: \_\_\_\_\_

**Student Questions** | Preguntas de estudiantes

In your opinion, how well does the student understand, speak, read and write English? | *En su opinión, ¿qué tan bien el alumno entiende, habla, lee y escribe inglés?*

	<b>Very Well</b>   Muy Bien	<b>A Little</b>   Un Poco	<b>Not At All</b>   De ningún modo
<input type="radio"/> Understand English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Speak English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Read English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Write English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Student Name 3** | Nombre del estudiante #3: \_\_\_\_\_

**Student Questions** | Preguntas de estudiantes

In your opinion, how well does the student understand, speak, read and write English? | *En su opinión, ¿qué tan bien el alumno entiende, habla, lee y escribe inglés?*

	<b>Very Well</b>   Muy Bien	<b>A Little</b>   Un Poco	<b>Not At All</b>   De ningún modo
<input type="radio"/> Understand English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Speak English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Read English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Write English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Parent Signature** | Firma de los padres: \_\_\_\_\_ **Date** | Fecha: \_\_\_\_\_

**To Be Completed By School Personnel**

Name/Position of School Personnel: \_\_\_\_\_

Student 1: \_\_\_\_\_  Exposure to Other Language Besides English  Exposure to English Only

Student 2: \_\_\_\_\_  Exposure to Other Language Besides English  Exposure to English Only

Student 3: \_\_\_\_\_  Exposure to Other Language Besides English  Exposure to English Only

# Medical History Form

## Formulario de Historial Médico

**ENGLISH:** It is important for the school to have health information on the students. Health appraisals are recommended for all students when they enroll and thereafter as your physician or school recommends. Please bring a report from your child’s most recent health appraisal. Please complete this form for each student. More copies are available in the school office.

**ESPAÑOL:** Es importante para la escuela tener información de salud de los estudiantes. Evaluaciones de salud se recomiendan para todos los estudiantes cuando se inscriban y posteriormente como su médico o escuela recomienda. Por favor traiga un informe de salud más reciente de su hijo(a). Por favor complete este formulario para cada estudiante. Más copias están disponibles en la oficina de la escuela.

**Name of Student** | Estudiante: \_\_\_\_\_ **Grade** | Grado: \_\_\_\_\_

**Person Completing Form** | Formulario fue completo por: \_\_\_\_\_

**Relationship to Student** | Relación: \_\_\_\_\_ **Date** | Fecha: \_\_\_\_\_

<b>1. GLASSES   ANTEOJOS</b>	Does your child wear glasses?   <i>¿Usa su hijo/a anteojos?</i>	<b>Yes   Si or No</b>
<b>2. PHYSICAL DISABILITY   DISCAPACIDAD FÍSICA</b>	Any physical disabilities? If yes, describe.   <i>Cualquier discapacidad física? Si es así, describe.</i>	<b>Yes   Si or No</b>
<b>3. MEDICATIONS   MEDICINAS</b>	Does your child take or use medication, supplements or herbal products?   <i>¿Toma ó usa algunas medicinas, suplementos ó productos herbales?</i> Please list names of medications   <i>Por favor, indique:</i>	<b>Yes   Si or No</b>
<b>4. IMMUNIZATIONS   VACUNAS</b>	Up to date for age?   <i>¿Ha tenido todas para la edad?</i>	<b>Yes   Si or No</b>
<b>5. DIET   DIETA</b>	Does your child have a normal diet?   <i>¿Su hijo tiene una dieta normal?</i>	<b>Yes   Si or No</b>
<b>6. PREMATURE BIRTH   NACIO PREMATURO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ How early was the baby?   <i>¿Cuántas semanas del embarazo cumplió?</i> _____</li> <li>▪ How long did the baby stay in the hospital?   <i>¿Cuánto tiempo quedo su hijo/a en el hospital?</i> _____</li> <li>▪ Any significant problems from the prematurity?   <i>¿Sigue con algunas problemas del prematuro?</i> _____</li> </ul>	<b>Yes   Si or No</b>

- If yes, how many per year? | *En caso afirmativo, ¿Cuántas infecciones al año?* \_\_\_\_\_
- At what age/s? | *Edad en lo cual sufrió infección de oído?* \_\_\_\_\_
- Other ear problems | *Problemas de oído/s* \_\_\_\_\_

### 8. ASTHMA | ASMA

Yes | Si or No

- If yes, is it **mild**, **moderate**, or **severe**? | *En caso afirmativo, ¿es moderado ó severo?* \_\_\_\_\_
- Any prescribed medication? Please specify | *Cualquier medicamento recetado:* \_\_\_\_\_

### 9. ALLERGIES | ALERGIAS

Yes | Si or No

- If yes, what is child allergic to? | *¿Alérgico a qué?* \_\_\_\_\_
- Is EPI-PEN (injectable epinephrine) needed? | *¿Se necesita la inyección EPI-PEN?* \_\_\_\_\_

### 10. OTHER MEDICAL PROBLEMS | OTROS PROBLEMAS MÉDICOS

Please indicate other medical problems your child has. | *Por favor, indique otros problemas médicos que tiene su hijo.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eczema   <i>Eccema</i>   | <input type="checkbox"/> Frequent Headaches   <i>Dolores de cabeza</i> |
| <input type="checkbox"/> Seizures   <i>Convulsiones</i>   | <input type="checkbox"/> Diabetes                                      |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Dental problems   <i>Problemas dentales</i>   |
| <input type="checkbox"/> Recurrent strep throat infections   <i>Infecciones de garganta estreptocócica</i>                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Liver problems   <i>Problemas del hígado</i>   |  |
| <input type="checkbox"/> Kidney or Bladder problems   <i>Infecciones ó problemas de los riñones</i>   |  |
| <input type="checkbox"/> Concussion   <i>¿Ha tenido una conmoción cerebral? ... If yes, when?   Cuando?</i> _____                             |  |
| Any subsequent disability from concussion?   <i>Siguen problemas de la conmoción?</i> _____   |  |
| <br>  |  |
| <input type="checkbox"/> Heart problems (Describe)   <i>Problemas con el corazón (Describir)</i> _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Broken Bones   <i>Huesos quebrados?</i>  |  |
| If yes, when & which bones?   <i>Cuando, Cuales huesos?</i> _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Persistent vomiting, diarrhea or constipation   <i>Problemas con vomita ó diarrea frecuentemente o entrenamiento</i> |  |
| <input type="checkbox"/> Other Serious Injuries? If yes, describe.   <i>Algunas injurias serias? Por favor explique.</i>                      |  |

### 11. HOSPITALIZATIONS | ESTADO HOSPITALIZADO

Yes | Si or No

If yes, please describe. | *Por favor explique.*

### 12. SURGERIES | CIRGUÍAS

Yes | Si or No

If yes, please describe. | *Por favor explique.*

### 13. OTHER COMMENTS | OTROS COMENTARIOS

Please tell us anything else about your child's medical history that has not been addressed above.

*Por favor díganos cualquier otra cosa sobre el historial médico de su hijo que no se haya tratado anteriormente.*

# Authorization to Administer Medication

## Autorización Para Administrar Medicamentos

**Archdiocese of Denver Policy # 2240** (English Only, We Apologize! | Solo en inglés, nos disculpamos!)

A new authorization form must be completed at the beginning of each school year and each time there is a change in dosage or time of administration. Parents or guardians are requested to be present to administer any necessary medication to their children whenever possible. If a parent or guardian of the child is unable to be present to administer any necessary medication, only a designated trained staff member may administer the medication. No medication, including aspirin, cough and cold medication, decongestants, or other over-the-counter or prescription medications shall be administered by any Registered Nurse (RN) or trained delegated school personnel except under the following conditions:

1. Written instructions from the child's Licensed Authorized Prescribing Practitioner (LAPP) must be provided, and must state the following: *The child's name, The name of the medication; The proper dosage and route of the medication; The purpose of the medication; The time of day/circumstances in which the medication is to be administered; The anticipated number of days the medication must administered; and Any possible side effects of the medication.*
2. Any medication must be brought in a container appropriately labeled by a pharmacy or the child's LAPP and must be picked up by an adult after the designated time period or it will be discarded. *Please ask the pharmacist for a separate labeled medicine bottle to keep at school.*

**Child's Name (Printed):** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Name of Medication (Printed):** \_\_\_\_\_

By signing this document, I give permission for my child's LAPP to share information about the administration of this medication and the child's health care condition with the school staff designated to administer medication. I hereby authorize an RN or any trained delegated school personnel to administer medication to my child according to the written instructions of the child's LAPP and certify that the above conditions have been met in their entirety.

I release the Archdiocese of Denver, RN, and any trained delegated staff members from liability for any adverse reaction suffered by my child as a result of the administration of medication to my child in accordance with the written instruction of the child's LAPP. I agree to indemnify the Archdiocese of Denver and any trained delegated staff members for any medical expenses, legal expenses, or liability related to any adverse reaction suffered by my child as a result of the administration of (name of medication) \_\_\_\_\_ to my child in accordance with the written instruction of the child's LAPP .

I have carefully read this Authorization to Administer Medication, and I understand and agree to each of the covenants and conditions set for above. This Authorization to Administer Medication is effective for \_\_\_\_\_ (state the relevant time period, such as one day or one week, up to one year for chronic conditions), unless earlier revoked.

**Parent or Guardian (Print Name):** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

**Signature of Parent or Guardian:** \_\_\_\_\_

**Primary Phone:** \_\_\_\_\_



# General Health Appraisal

## Evaluación General de Salud

### Parent: *Please complete*

Child's Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

Allergies:  None  Describe: \_\_\_\_\_

Type of Reaction: \_\_\_\_\_

Diet:  Breast Fed  Formula: \_\_\_\_\_  Age Appropriate

Special Diet: \_\_\_\_\_

Preventive creams/ointments/sunscreen may be applied as requested in writing by parent, unless skin is broken or bleeding.

Sleep: Your health care provider recommends all infants less than 1 year of age be placed on their back for sleep.

I, \_\_\_\_\_ give consent for my child's health provider, school or camp personnel to discuss my child's health concerns. My child's health provider may fax this form (and applicable attachments) to my child's childcare provider, school, or camp. FAX Number: \_\_\_\_\_

Parent or Legal Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Authorization expires 365 days after this date

### Health Care Provider: *Please complete after parent section has been completed*

Date of Last Exam: \_\_\_\_\_ Recent Weight: \_\_\_\_\_ \*\*HCT: \_\_\_\_\_ \*\* B/P: \_\_\_\_\_ \*\*Lead Level: \_\_\_\_\_

Physical Exam:  Normal  Abnormal (see explanation of significant health concerns:)

Significant Health Concerns:  None  Reactive Airways Disease  Seizures  Diabetes  Developmental Delays

Vision  Hearing  Hospitalizations  Severe Allergies  Other (dental, nutrition, behavior, etc.) \_\_\_\_\_

Explain above concerns (if necessary, include instructions to childcare providers): \_\_\_\_\_

Current Medications/Special Diet:  None  Describe: \_\_\_\_\_

(Separate medication authorization form required for medications given in Child Care)

Fever reducer or pain reliever (mark only one product: max. 3 consecutive days without additional medical authorization)

Acetaminophen (Tylenol®) may be given for pain or fever over 102° every 4 hours as needed:

Dose \_\_\_\_\_  See attached Dosage Schedule from our office

OR

Ibuprofen (Motrin®, Advil®) may be given for pain or fever over 102° every 6 hours as needed:

Dose \_\_\_\_\_  See attached Dosage Schedule from our office

Immunizations:  Up-to-date  See attached immunization record  Administered today: \_\_\_\_\_

### Signature:

Next Well Visit:  Per AAP Guidelines\* or  Age: \_\_\_\_\_

This child is healthy and may participate in all routine activities, sports, camps, and child care. Any concerns or exceptions are identified on this form.

Signature of Health Care Provider (certifying form was reviewed) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Office Stamp: *Or write Name, Address, Phone Number*