



Colegio Altair Caguas

Ave. Bairoia Calle Fernando 1 BQ15, Caguas, Puerto Rico 00725

(787) 605-6020

FORMULARIO DE MATRICULA 2022-2023

Nombre de estudiante: _____

(Apellido paterno) (Apellido Materno) (Nombre completo)

Grado al que solicita: _____ Edad: _____ Sexo: _____

(años) / meses

Fecha de nacimiento: Dia: _____ Mes: _____ Año: _____ Lugar: _____

Dirección residencial: _____

Dirección postal: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Escuela de procedencia: _____

Nombre del padre: _____

Teléfono celular: _____ Ocupación o profesión: _____

email: _____

Nombre de la madre: _____

Teléfono celular: _____ Ocupación o profesión: _____

email: _____

Estado civil de los padres: casados(a) _____ divorciado: _____ separado: _____ viudo: _____

El/la solicitante vive con: ambos padres: _____ madre: _____ padre: _____ encargado: _____

Nombre y parentesco del encargado/a:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Tiene otros hijos en el Colegio? Si _____ No _____

Nombre: _____ Grado Actual (2021 - 2022) _____

Nombre: _____ Grado Actual (2021 - 2022) _____

Nombre: _____ Grado Actual (2021 - 2022) _____

Certifico que toda la informacion arriba ofrecida es verdadera.

Nombre de la persona que lleno este documento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Adjunto tiene una lista de documentos que deben ser entregados antes del inicio escolar 2022-2023

- _____ Foto 2 x 2
- _____ Formulario de matricula
- _____ Certificado de nacimiento
- _____ Certificado de Salud
- _____ Certificado Medico
- _____ Certificado Oral
- _____ Manejo y Uso del Internet
- _____ Hoja de vacunas (original)



Colegio Altair Caguas

PO Box 9611

Caguas PR 00725

Tel. 787-605-6020

Email: colegioaltaircaguas@gmail.com

CERTIFICADO MEDICO

Fecha: _____

Nombre paciente: _____

Edad: _____ Peso: _____

Condición de salud del estudiante: _____

Problemas visión: ___Si ___No

Problemas Audición: ___Si ___No

Es alérgico: ___Si ___No

Si es alérgico, por favor informar a que: _____

Necesita alguna dieta en especial: ___Si ___No

Si necesita dieta especial, el paciente deberá traer una dieta escrita por un nutricionista, según lo requiere el Programa de Autoridad Escolar Independiente de Alimentos de DEPR que ofrece el colegio.

Limitaciones para hacer ejercicios o practicar deportes: ___Sí ___No

Si contesto sí, favor de indicar limitaciones: _____

Nombre Dr. / Dra. _____ Tel. _____

Dirección Postal: _____

Firma _____ Lic. _____



Colegio Altair Caguas

PO Box 9611

Caguas PR 00725

Tel. 787-605-6020

Email: colegioaltaircaguas@gmail.com



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 | | | |
| | | | | | | | |
| V. PARA USO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN CASO DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO URGENTE | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NO tiene cita para tratamiento urgente. Razón: _____ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí tiene cita para tratamiento urgente. El día ____ / ____ / ____ con: _____ Día Mes Año Nombre del doctor | | | | | | | |
| 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) ____ / ____ / ____ | | | |





Colegio Altair Caguas
Bairoa Park Ave. Parque de Napoleón 2J38-2J39
Caguas, P.R. 00725
(787) 605-6020

INFORME SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno)

Nombre Encargado: _____ Teléfono: _____

Email: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Condiciones: Marque Si/No; si el estudiante padece o ha padecido de alguna de las siguientes condiciones.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hipoglicemias |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Infecciones de Oído |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Condiciones Cardiacas | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Condiciones Renales | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Cólicos Abdominales | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Cirugías | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Dengue | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tiroide |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Dolores de menstruación. | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Varicelas |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> AN1H1 |
| <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | |

Indique el tratamiento de su condición: _____

Alergias: ____ Alimentos ____ Insecticidas ____ Plantas ____ Medicamentos



Medicamentos

- Existe alguna razón por la cual se le deben administrar algún tipo de medicamento diario
___Si ___No Tipo de medicamento _____
- De ser necesario autorizo que puedan administrar acetaminophen ___Si ___No
- Ha sufrido esta persona de los nervios u otra enfermedad mental o emocional
___Si ___No
- En caso de ser afirmativo la respuesta a la pregunta anterior, especifique que tipo de enfermedad padece, recomendaciones para su tratamiento, grado de incapacidad o si el estudiante esta capacitado para cumplir con sus estudios.

Equipo Especial

Utiliza algún tipo de equipo especial como espejuelos, lentes de contacto, aparatos ortopédicos, prótesis u otro tipo de aparato medico. ___Si ___No

Explique: _____

Informativo

Si durante el periodo de clases el estudiante muestra algún síntoma de fiebre o su estado de salud no le permite continuar sus actividades diarias se llamará a los padres o encargados para programar el recogido del estudiante.

Nota

Esta información de salud es totalmente confidencial y se utilizara en el proceso de primera ayuda, cuando ocurra una situación esporádica de salud y/o accidente. El Colegio Altair Caguas no se responsabiliza por condiciones de salud no hayan sido notificadas.

Certificación

Yo _____, padre o encargado del menor, _____ certifico que he leído, contestado y que estoy de acuerdo con el formulario que fue completado hoy _____.

Nombre padre o encargado

Firma padre o encargado