

Plumsted Township School District  
New Egypt Primary School

Matrícula de Kinder

## **¡ATENCIÓN PADRES!**

**SI SU NIÑO TENDRÁ CINCO AÑOS EN O ANTES DEL 1 DE OCTUBRE, 2017,  
¡AHORA ES EL TIEMPO DE REGISTRAR SU HIJO/A PARA KINDER!**

Los paquetes de matriculación para Kinder están en la oficina principal de New Egypt Primary School. Estos paquetes se pueden recoger entre 24 de febrero 2017 hasta el 8 de marzo 2017 a las 8:00 a.m. hasta las 4:00 p.m. También se puede obtener los formularios en la internet [www.newegypt.us](http://www.newegypt.us).

Las citas para la matriculación y la evaluación de su hijo se harán durante este periodo de tiempo. Las citas deben hacerse lo más pronto que sea posible.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la oficina principal al 609-758-6800, opción 1-1-1.

Gracias por su cooperación!

**Distrito escolar del municipio de Plumsted**

**Escuela Primaria de Nueva Egipto**

131 Evergreen Road

New Egypt, NJ 08533

Teléfono (609) 758 a 6800 Ext. 1-1-1

Fax (609) 758 a 0912

24 de febrero de 2017

Estimados padres / tutores:

Bienvenidos a la Escuela Primaria de New Egypt! Si su hijo cumplirá cinco años de edad en o antes del 1 de octubre de 2017 está listo para registrarlo como estudiante de Kinder!

Por favor revise los materiales de este paquete con mucho cuidado. Toda la información que sea necesario tiene que estar completada en su totalidad antes de la fecha de registro programada. Su niño no puede ser registrado oficialmente en la escuela primaria de New Egypt ni puede comenzar el año escolar hasta que todos los documentos e información obligatorios estén entregados.

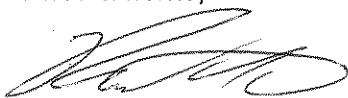
Nuestro proceso de registro será en dos etapas este año. **El 14 de marzo - 16 de 2017, sólo los padres / tutores serán invitados a la escuela para pre-registrar a su hijo en las clases de Kinder para el año escolar 2017-18.** Nuestra enfermera de la escuela estará disponible para recopilar información de usted en relación con la historia médica de su hijo. Por favor, tome este tiempo para discutir con ella cualquier información de salud que nos ayudaría a garantizar la seguridad de su hijo mientras él / ella esté bajo nuestro cuidado. Información de la documentación que proporcione se coloca en nuestro sistema de base de datos de los estudiantes para que podamos registrar previamente a su hijo en Kinder.

**La segunda fase de inscripción de Kindergarten tendrá lugar del 23 de mayo - 25 de 2017, cuando los niños lleguen a la escuela para pasar algún tiempo con nuestro entrenador de alfabetización, maestros, terapeuta del habla, y un terapeuta ocupacional.** Estos educadores nos ayudarán a familiarizarnos con su hijo para que podamos servir mejor a sus necesidades en septiembre. Por favor hable con su hijo antes de tiempo para que esto no va a ser una sorpresa para él / ella. Todo el proceso para esta etapa del registro no debe tardar más de 30 minutos. En su primera reunión con oficiales de la escuela en marzo, se ajustará la fecha y la hora para esta parte de la inscripción en kindergarten.

Tenga en cuenta que la Orientación de Kinder será miércoles, el 23 de agosto de 2017 comenzando a las 9:00 am Más información sobre este evento será enviado a usted en el verano.

Si tiene alguna pregunta o duda sobre cualquier parte del proceso de registro por favor no dude en ponerse en contacto con nosotros al 609-758-6800 ext. 1-1-1. Una vez más, bienvenidos a la Escuela Primaria de New Egypt y esperamos conocerlos y a su niño!

Sinceramente,



El Richard P. DeMarco  
Director

**D**istrito escolar del municipio de Plumsted

Escuela Primaria de Nuevo Egipto

131 Evergreen Road

New Egypt, NJ 08533

Teléfono (609) 758-6800 Ext. 1-1-1

Fax (609) 758 a 0912

Estimados padres / tutores:

Bienvenido a la Escuela Primaria New Egypt!

Cuando regrese en marzo para inscribir a su hijo, por favor traiga todos los siguientes documentos de registro, que se requieren para que su hijo pueda empezar las clases en septiembre del año escolar de 2017 - 2018. Por favor completar los documentos necesarios y indica que se han completado por completo antes de su cita.

1. \_\_\_\_ Certificado original de nacimiento (**sello en relieve**)
2. \_\_\_\_ Registro de vacunas firmado por el médico
3. \_\_\_\_ Forma del físico incluyendo examen de la visión y audición
4. \_\_\_\_ Forma de historia de la salud
5. \_\_\_\_ Tarjeta de registro

**(no se aceptan tarjetas de registro incompletas. Toda la información debe ser llenada completamente con su firma en la parte de abajo).**

También tendrá que suministrarlos **2 comprobantes de residencia:**

1. \_\_\_\_ 2016 - 2017 factura de impuestos, título de propiedad, o contrato de alquiler con la firma del propietario  
**(Debe tener una de las pruebas de residencia anterior)**
2. \_\_\_\_ Factura (teléfono, electricidad, gas, etc.) o Licencia de manejar (licencia de manejar de New Jersey con la dirección actual)

Cuando regrese con su hijo a la hora fijado, él / ella se reunirá con el personal de lectura y de habla. Si usted tiene alguna pregunta por favor llame a la oficina principal al 609-758-6800, opciones 1-1-1.

Sinceramente,



El Richard P. DeMarco  
Director

PLUMSTED TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT

Student Name \_\_\_\_\_ State ID # \_\_\_\_\_

(last) (first) (middle) (suffix)

Home Address \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

Male \_\_\_ Female \_\_\_ Gr. \_\_\_ HR \_\_\_\_\_

Birth Information Date \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_

Language spoken at home \_\_\_\_\_ Student lives with: Mother \_\_\_ Father \_\_\_ Guardian \_\_\_ Other \_\_\_  
(if not English)

Primary Physician \_\_\_\_\_ Physician Phone # \_\_\_\_\_

Ethnic: \_\_\_ American/Indian/Alaskan \_\_\_ Asian \_\_\_ Black \_\_\_ Hispanic  
\_\_\_ Pacific Islander/Hawaiian \_\_\_ White \_\_\_ Other \_\_\_\_\_

Email Address of Parent / Guardian: \_\_\_\_\_

**Emergency Contacts: Only contacts listed on this emergency card will be permitted to pick your child up from school.**

Mother's / Guardian's Name \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

(if different from student)

phone # \_\_\_\_\_ work phone # \_\_\_\_\_ cell phone # \_\_\_\_\_

Name of Mother's Employer: \_\_\_\_\_ Location of Employer: \_\_\_\_\_

Father's / Guardian's Name \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

(if different from student)

phone # \_\_\_\_\_ work phone # \_\_\_\_\_ cell phone # \_\_\_\_\_

Name of Father's Employer: \_\_\_\_\_ Location of Employer: \_\_\_\_\_

Name of friend, relative or child care provider permitted to pick up and care for child if parent / guardian can not be reached:  
(Additional contacts can be listed on back of card.)

- 1. name relationship phone # work phone # cell phone #
2. name relationship phone # work phone # cell phone #
3. name relationship phone # work phone # cell phone #

In case of accident or serious illness, all reasonable efforts will be made to contact the parent / guardian. If necessary, the primary physician and / or 911 will be called and the student sent to the nearest hospital. When a student becomes ill at school it is the policy of Plumsted Twp. Schools to send them home. On no occasion will a student be sent home if there is no one to provide care.

Physical Examinations \* School Nurse will provide services unless otherwise noted.

Students must receive routine medical exams upon entry into school. It is also recommended that students receive subsequent medical exams at least once during each developmental stage. Plumsted Twp. Schools requests physical exams for students in grades 4, 7 and 10. Student Medical Examinations must be given by the child's primary health care provider. Students who do not have a primary health care provider may receive an examination by the School Physician.

My child does not have a primary health care provider. Please call NJFamily care at 1-800-701-0710. If you need any assistance contact the nursing office.

\*Students are screened by the school nurse, for height, weight, vision, hearing and blood pressure.

\*The State of NJ requires that all children age 10-18 be screened for Scoliosis (curvature of the spine) every other year.

I want my child screened for Scoliosis at school. I wish to be present when my child is screened for Scoliosis.

My child will be screened for Scoliosis by our private physician. I will send a report of this exam to school.

Annual Medical History: \*All information will be shared with appropriate school personnel.\*

- 1. List any medications taken on a regular basis (prescription and over-the-counter):
2. List any allergies (food, environmental, be stings, medications):
3. Describe the symptoms your child has during an allergic reaction:
4. List any childhood diseases, serious illnesses, broken bones, hospitalizations or surgeries this past year:
5. List any disabilities (physical, emotional, learning, etc.) and / or physical restrictions:
6. Does your child have any of the following:

Anemia Seizures Heart Disease Diabetes Heart Murmur Menstrual Problems
Asthma Nose Bleeds Headaches Eye Problems Orthopedic Problems Digestive Disorders
Bowel / Bladder Disorder Speech Problems Neurological Disorder Glasses / Contacts

All checked items must be explained:

Please return this card to school as soon as possible. Notify the school immediately if there are changes in this information.

Signature of Parent / Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Daniel E. Regenye, MHA  
Public Health Coordinator/Health Officer  
Email: Dregenye@ochd.org



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

**OCEAN COUNTY HEALTH DEPARTMENT**

P.O. Box 2191  
Toms River, N.J. 08754-2191  
(732) 341-9700 ext. 7201  
Fax: (732) 831-6495  
www.ochd.org

Dear Parent,

The Ocean County Health Department is providing you with the enclosed information about the importance of vaccinations to your children's health, and to assist you in complying with New Jersey Regulations governing vaccinations required for children attending childcare, preschool, and elementary school.

Vaccinations are as much a part of protecting your children as are helping them cross a busy street and having them wear bike helmets and seat belts.

Vaccine-preventable diseases are occurring in children in Ocean County in increasing numbers. Flu season will be reaching us soon, and the Flu vaccination can prevent serious illness and death in children.

Due to the importance of disease protection for children in childcare and public/private school, New Jersey Regulations require certain vaccinations for entry into school. Attached is information regarding the importance of vaccinations and the required vaccinations for childcare and school attendance.

For more information about recommended vaccines, please speak to your healthcare provider. For questions about the attached information, please contact the Communicable Disease Unit of the Ocean County Health Department at 732-341-9700, ext. 7515.

Sincerely,

Daniel E. Regenye, MHA  
Public Health Coordinator/Health Officer



## Requirements for School Entry

For any child entering Kindergarten or 1<sup>st</sup> Grade in a public/private elementary school, he/she must have documentation for the following immunizations:

- Four (4) – DTaP shots - diphtheria, tetanus and pertussis (whooping cough) – Some children will have five (5) shots by the time they start school.
- Three (3) – Polio shots – Some children will have four (4) shots by school entry.
- One (1) – Varicella shot (chicken pox) – Unless your child had chickenpox disease.
- Two (2) – MMR shots - measles, mumps and rubella (German measles)
- Three (3) - Hepatitis B shots

For any child entering sixth (6<sup>th</sup>) grade (must be 11 years-old) and above, he/she needs proof of the vaccinations noted above as well as the following:

- One (1) – Tdap shot (tetanus, diphtheria, and pertussis) at 11 years old or older
- One (1) – Meningococcal shot

There are other **RECOMMENDED** vaccinations for children. Please discuss with your healthcare provider.

PLUMSTED TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT  
KINDERGARTEN & FIRST GRADE PHYSICAL EXAMINATION

STUDENT \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SEX \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

DATE OF EXAMINATION \_\_\_\_\_ (Within 1 year of entry) HEIGHT \_\_\_\_\_ WEIGHT \_\_\_\_\_ BLOOD PRESSURE \_\_\_\_\_

**DISEASE HISTORY: (PLEASE SPECIFY TYPE AND AGE AT ONSET)**

	YEAR		YEAR		YEAR		YEAR
ALLERGIES		CHICKEN POX		DRUG SENSITIVITIES		OTITIS MEDIA	
ASTHMA		HEART DISEASE		NEUROMUSC. DISEASE		CONVULSIVE DISORDER	
HEPATITIS		LYME DISEASE		RHEUMATIC FEVER		DRUG SENSITIVITIES	
DIABETES		MONONUCLEOSIS		STREP INFECTIONS		OTHER	

OPERATIONS/INJURIES: \_\_\_\_\_

CONGENITAL DEFECTS: \_\_\_\_\_

**BEE STING ALLERGY:**

- HAS THIS CHILD EVER BEEN STUNG BY A BEE? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- IF YES, DID THIS CHILD REACT? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- IF THIS CHILD REACTED, WAS IT LOCALIZED OR GENERALIZED? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- PLEASE DESCRIBE THE REACTION \_\_\_\_\_
- DOES THIS CHILD REQUIRE MEDICATION: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ MEDICATION \_\_\_\_\_

**PHYSICAL EXAMINATION:**

EYES \_\_\_\_\_ SPEECH \_\_\_\_\_ ABDOMEN \_\_\_\_\_ ORTHOPEDIC \_\_\_\_\_ GENITO-URINARY \_\_\_\_\_  
 NOSE \_\_\_\_\_ THROAT \_\_\_\_\_ THYROID \_\_\_\_\_ STRUCTURE \_\_\_\_\_ EARS (OTOSCOPIC) \_\_\_\_\_  
 SKIN \_\_\_\_\_ HEART \_\_\_\_\_ NUTRITION \_\_\_\_\_ POSTURE \_\_\_\_\_ NERVOUS SYSTEM \_\_\_\_\_  
 LUNGS \_\_\_\_\_ HERNIA \_\_\_\_\_ TEETH/MOUTH \_\_\_\_\_ FEET \_\_\_\_\_ GENERAL APPEARANCE \_\_\_\_\_  
 LYMPH GLANDS \_\_\_\_\_

**VISION:** DATE \_\_\_\_\_

WITH GLASSES: RIGHT \_\_\_\_\_ LEFT \_\_\_\_\_ BOTH \_\_\_\_\_ WITHOUT GLASSES: RIGHT \_\_\_\_\_ LEFT \_\_\_\_\_ BOTH \_\_\_\_\_

MUSCLE BALANCE : \_\_\_\_\_ COLOR PERCEPTION RESULTS \_\_\_\_\_

**HEARING:** DATE \_\_\_\_\_

SWEEP CHECK: RIGHT \_\_\_\_\_ LEFT \_\_\_\_\_ COMPLETE PURE TONE: RIGHT \_\_\_\_\_ LEFT \_\_\_\_\_

**IMMUNIZATION RECORD:** (PLEASE GIVE FULL DATES – MONTH/DAY/ YEAR)

	#1	#2	#3	Booster #1	Booster #2
DTP					
OPV					
MMR (MEASLES, MUMPS, RUBELLA)					
MEASLES (AFTER 1 <sup>ST</sup> BIRTHDAY)					
VARICELLA (CHICKEN POX VACCINE)					
HIB					
HEP B.					

**TB SCREENING (MANTOUX TEST)**

TESTED \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
 READ \_\_\_\_\_  
 RESULT (MM) \_\_\_\_\_

RECOMMENDATIONS OR RESTRICTIONS (IF ANY): \_\_\_\_\_

I HAVE EXAMINED THIS CHILD AND FIND HIM/HER PHYSICALLY FIT TO PARTICIPATE IN SCHOOL ACTIVITIES.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PHYSICIAN

\_\_\_\_\_  
ADDRESS OF PHYSICIAN

\_\_\_\_\_  
PRINTED NAME OF PHYSICIAN

\_\_\_\_\_  
TELEPHONE NUMBER

# DISTRICTO ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE PLUMSTED/ESCUELA PRIMARIA DE NEW EGYPT

## Historia de Salud

Esta forma se debe de completar por un pariente o guardian. Devuelve esta forma a la enfermera escolar.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE PADRES/GUARDIANES

Padre/Guardián #1: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Cellular) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Padre/Guardián #1: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Cellular) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

### FAMILIA

Indique todas las personas con quien el niño vive:

Madre  Padre  Otro: \_\_\_\_\_

Hermanos (¿Cuántas?) \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_  Hermanas (¿Cuántas?) \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas están viviendo en la casa del niño (incluyendo el niño)? \_\_\_\_\_

¿Este niño/a vive con ambos padres?  Sí  No Si no, ¿con quién vive el niño? \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE SALUD

¿Tiene su hijo/a alguna preocupación de salud que usted le gustaría informar a la enfermera?  Sí  No

Si, indico que sí, por favor describe la preocupación: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a reacción alérgica (efecto malo) a alguno de los siguientes? (marquen todo que se aplican)

Alergias en ambientes interiores o exteriores (por ejemplo: las abejas, pasto, polen, gatos...)

Alergias a la comida (por ejemplo: cacahuetes, leche, trigo...)

Alergias a la medicina o vacunas (inmunizaciones)

No, mi hijo/a no tiene alergias que yo sepa.

Si, indico que sí, ¿de qué es alérgico su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Se ha recetado alguna vez un Epi Pen a su hijo/a?  Sí  No ¿Ha usado su hijo/a alguna vez un Epi Pen?  Sí  No

¿Está tomando el niño medicamentos?  Sí  No Si, indico que sí, ¿qué medicina está tomando? \_\_\_\_\_

¿Se ha hospitalizado alguna vez su hijo/a o ha tenido una cirugía?  Sí  No

Si, indico que sí, por favor de describir: \_\_\_\_\_

Ha recibido su niño atención médica en cualquiera de las siguientes:

asma  diabetes  salud mental  seizure

lesión de la cabeza  enfermedad cardiaca  Ortopédica  Otros: \_\_\_\_\_



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL MEDICO**

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro médico del/a niño/a:

Seguro privado/patrocinado por empleado: \_\_\_\_\_ NJ Family Care: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ Ningún: \_\_\_\_\_

Si usted no tiene un doctor o seguro médico:

¿Desea ayuda en conseguir un doctor?  Sí  No

¿Desea ayuda en conseguir un seguro médico?  Sí  No

Indique aquí si le gustaría discutir en confianza información con la enfermera escolar.  Sí  No

Firma del Padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**PLUMSTED TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT**  
**ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN CASA**

(Por favor escriba con claridad.)

1. Apellido del estudiante \_\_\_\_\_ Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

2. Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_      3. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

4. Dirección \_\_\_\_\_

5. Número de teléfono \_\_\_\_\_ 6. Grado escolar (para el año 2017-2018) \_\_\_\_\_

6. Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ 8. Fecha de la llegada del estudiante a E.E.U.U. \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

9. ¿De dónde está llegando el estudiante? \_\_\_\_\_ 10. Nacionalidad \_\_\_\_\_

11. Por favor marque una de las opciones más abajo:

\_\_\_\_\_ El inglés es el **único** idioma hablado en casa.

\_\_\_\_\_ Hay otro idioma hablado en casa que no sea el inglés.

12. El/los otro(s) idiomas hablado en casa son: \_\_\_\_\_

13. Anote el dialecto específico hablado en casa, si procede: \_\_\_\_\_

14. ¿Tiene su niño algunas necesidades específicas de las cuales nos debe avisar?

\_\_\_\_\_

15. ¿Ha recibido su niño servicios de conocimientos básicos y/o educación especial? \_\_\_\_\_

Si responde que "Sí", por favor explique. \_\_\_\_\_

16. ¿En cuál idioma prefiere usted comunicar con la escuela? \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

## Habilidades Motorices Gruesas

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor contesten las siguientes preguntas para ayudarnos evaluar como su hijo/a realiza las habilidades de motorices gruesas apropiadas asegún su edad.

Después de cada pregunta, marque con un circulo: SI, NO, o NO SÉ.

Si usted tiene alguna preocupación o comentario, por favor de escribirlo en la parte abajo de la página.

Su hijo/a puede:

- |  |    |    |       |
|--|----|----|-------|
| 1. Pararse sobre solo un pie durante 5 segundos                          | SI | NO | NO SÉ |
| 2. Saltar en un pie tres (3) veces                                       | SI | NO | NO SÉ |
| 3. Bajar las escaleras alternando los pies                               | SI | NO | NO SÉ |
| 4. Coger un pelota rebotado  | SI | NO | NO SÉ |
| 5. Lanzar una pelota pequeña por encima de la cabeza                     | SI | NO | NO SÉ |
| 6. Correr bien, cambiando direcciones y velocidades                      | SI | NO | NO SÉ |
| 7. Andar en bicicleta con/sin ruedas de entrenamiento                    | SI | NO | NO SÉ |
| 8. Comenzar a saltar   | SI | NO | NO SÉ |
| 9. Patear una pelota rodada  | SI | NO | NO SÉ |
| 10. Caminar sin dar golpes/pisar fuerte con los pies o dedos de los pies | SI | NO | NO SÉ |

Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# DISTRITO ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE PLUMSTED

Sistema de Información del Estudiante (S.I.S.) Versión Actualizada

El Departamento de Educación del estado de Nueva Jersey esta activamente trabajando para implementar NJ SMART, un sistema comprensiva de información, reportaje de niveles estudiantil, y sistema de identificación del estudiante (SID). El Gobernador Christie y la Legislatura han indicado que un sistema comprensivo de datos estudiantiles en todo el estado es una necesidad fundamental y una prioridad para Nueva Jersey porque apoya el seguimiento de los resultados académicos de cada estudiante. Los pasos necesarios para desarrollar este repositorio se lleva a cabo en varias fases durante los próximos doce meses. El Departamento de Educación del Estado de Nueva Jersey ha mandado que los distritos escolares cumplan con su solicitud en reportar la información estudiantil.

Estamos solicitando información adicional del estudiante:

APELLIDO DEL  
ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

SEGUNDO  
NOMBRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

CONDADO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

CIUDAD DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ESTADO DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

PAÍS DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_