



Puerto Rico Baseball Academy & High School

Gurabo, PR

22 de noviembre de 2023

Estimados Padres:

Una vez más nos dirigimos a ustedes, para comenzar el Proceso de Readmisión de los estudiantes para un nuevo **año escolar 2024-25**

Los documentos de readmisión serán enviados por email de padres y estudiantes. Le estamos enviando el **Manual de Protocolos, Políticas y Procedimientos** que rige nuestra Institución por email, el cuál ha sido modificado para el próximo año escolar. A continuación información importante para completar proceso de readmisión:

- Debe entregar **la Hoja Renovación de Matrícula, Aceptación del Manual de Protocolos, Hoja de Emergencia Médica y Compromiso de pago firmado** junto con el pago de la cuota de matrícula para separar su espacio del estudiante.
- En la Hoja Costos Oficiales encontrará detalles sobre descuentos disponibles de los cuáles puede beneficiarse en las fechas estipuladas. En adición, podrá revisar las alternativas para el manejo de los costos. Como familia deben escoger una de las opciones para cumplir con los pagos del año escolar en o antes de **la fecha límite final que es el viernes, 23 de febrero de 2024, para separar espacio.**
- **Después del viernes, 23 de febrero de 2024 el espacio de su hijo(a) queda liberado y disponible para nuevos ingresos, si no ha realizado el pago inicial de matrícula de acuerdo a la opción seleccionada para el manejo de costos del año escolar.**
- **TODOS** los documentos del proceso de renovación de matrícula deben ser enviados al siguiente email: readmisiones@prbahs.org
- Se va a considerar matriculado al estudiante sólo si: emitió el pago de cuota de matrícula (\$750.00) o hizo el pago según opción elegida. **NO envíe documentos sin pago, de recibirse solo documentos no se considerarán como separación de espacio.**
- La orden de uniformes se realiza a una empresa externa y se le enviará comunicado con detalles y enlace para que puedan realizar orden. Importante realice orden a tiempo de acuerdo con las normas de la empresa externa. Recuerde el costo de uniformes depende de las piezas ordenadas.
- Examen de salud oral (**aplica solo a los estudiantes que van a cursar 8vo y 10mo grado**), deben realizarlo y entregarlo en documento original, para la fecha límite del **viernes, 12 de julio 2024.**
- **Todos** los estudiantes deben renovar su **certificado médico**, para el cual se le adjunta formulario a llevarse a su médico de familia o pediatra. Estudiantes con condición de Asma deben completar documentos adicionales.

El estudiante no recibirá el **Pase de Entrada** para iniciar el nuevo curso escolar 2024-25 si las cuotas iniciales no están al día con la Oficina de Contabilidad y documentos requeridos. El Proceso de Renovación de matrícula está sujeto a que el estudiante sea promovido de grado y al cumplimiento con el reglamento escolar. La Institución se reserva el derecho de no permitir la renovación de matrícula.

Gracias por permitirnos continuar siendo parte de la formación y desarrollo intelectual, físico y emocional de sus hijos. Cualquier duda o pregunta puede comunicarse a nuestras oficinas a los números de teléfono: (787)712-0700 o al celular corporativo 787-531-1768. Nos reiteramos a sus órdenes siempre.

Cordialmente,

Carmen Santiago

Carmen Santiago
Registradora



Puerto Rico Baseball Academy & High School

Año Escolar 2024-25

Nombre: _____ Grado a cursar: _____

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPLETAR EXPEDIENTE DE READMISIÓN

Documentos Administrativos

- _____ Renovación de Matrícula 2024-25 *
- _____ Compromiso de Pago Costos Oficiales*
- _____ Aceptación de Manual de Protocolos, Políticas y Procedimientos 2024-25*
- _____ Evidencia Custodia de menor o Acuerdo de Divorcio de padres
- _____ Solicitud para comida gratuita y de precio reducido (Comedores Escolares)

Documentos Médicos

- _____ Hoja de Emergencia Médica (Paquete de Re-admisión) *
- _____ Certificado Médico (anualmente para todos los grados)
- _____ Examen Oral (estudiantes 8vo y 10mo grado)
- _____ Consentimiento de Pruebas de Covid19 del Departamento de Salud de Puerto Rico (serán enviados tan pronto el DSPR actualice los mismos y los comparta con la institución)
- _____ Plan de Acción del Asma (solo estudiantes con diagnóstico)
- _____ Otro doc. Solicitado: _____

*Al momento de realizar el pago correspondiente a la matrícula deberán enviar los documentos completados. El resto de los documentos deberán entregar en o antes del mes de julio.

**Uso oficial personal Autorizado PRBAHS: _____ Fecha: _____

Revisado por: _____ Completo: _____ Incompleto: _____

Comentario:



Puerto Rico Baseball Academy & High School

RENOVACION MATRICULA

AÑO ESCOLAR 2024-25

Apellidos: _____ Nombre _____ Ini _____
Grado: _____ Fecha Nacimiento : _____ / _____ / _____ Edad: _____ Sexo: Fem _____ Masc _____
Mes / dia / año
Teléfono del Estudiante : _____ Últimos 4 dígitos Seg. Social: _____

Datos Generales (Favor de completar toda la información demografica en letra legible)

Dirección Física: _____ Dirección Postal: _____
Teléfono principal: _____ Email principal: _____

Datos Padres o Encargado

Nombre Padre : _____	Celular: _____
Email: _____	Ocupación: _____
Lugar de Trabajo: _____	Teléfono trab: _____
Nombre Madre : _____	Celular: _____
Email: _____	Ocupación: _____
Lugar de Trabajo: _____	Teléfono trab: _____
Encargado (a) : _____	Celular: _____
Email: _____	Ocupación: _____
Lugar de Trabajo: _____	Teléfono trab: _____
Relación con estudiante: _____	

Información importante:

Estudiante vive con: ___ Padre ___ Madre ___ Ambos Estudiante se relaciona con ambos padres: Si ___ *No ___

Estudio Socioeconómico: *Si es NO, con quién no se relaciona: _____
Composición Familiar: _____ Hnos. Mayores _____ Hnos Menores _____ Hnos en PRBAHS: *Sí ___ No ___
*Si hay, Nombre y grado _____

Ingreso Anual Familiar: _____
(debe incluir ingreso aproximado del Total del hogar)

Personas Autorizadas a Recoger Estudiante, adicional a los padres:

Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación: _____

Firma padre/madre o encargado

Fecha

*PRBAHS no discrimina por razón de raza, color, religión, género o identidad de género, orientación sexual, origen nacional, convicciones políticas, estatus serológico, discapacidad funcional u otra condición protegida por ley. El discrimen no será tolerado y esta prohibido en actividades internas o externas, académicas o deportivas, procesos de admisión e incluyendo los servicios de apoyo de nuestra academia. El número de seguro social solo se utilizarán los últimos dígitos del seguro social para las transcripciones y para gestiones relacionadas a la oficina del seguro social.

Favor de enviar los documentos de readmisión a al siguiente correo electrónico: readmisiones@prbahs.org



Puerto Rico Baseball Academy and High School
Aceptación del Manual de Protocolos, Políticas & Procedimientos
Año Escolar 2024-25

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

GRADO A CURSAR: _____

El Manual tiene como objetivo que los Padres conozcan los protocolos, políticas y procedimientos administrativos de la Academia. La Administración tiene como propósito cumplir con ofrecer servicios de calidad en la PRBAHS. Padres y estudiantes deben cumplir con las normas establecidas, es importante que revisen y lean el Manual antes de firmar este consentimiento.

A) Aceptación de los Protocolos y Políticas:

Por este medio y con nuestras firmas certificamos haber leído el manual de protocolos y políticas de Admisión de PRBAHS y nos comprometemos con el fiel cumplimiento de estas. Estas políticas se complementan con las establecidas en el Manual de Estudiantes el cuál puede revisar en la página web www.prbahs.org. De tiempo en tiempo cualquier política pudiera ser modificada y notificada oficialmente a través de un comunicado oficial. Usted acepta los cambios que se establezcan, a menos que envíe una comunicación escrita oficial por su parte.

Este documento será válido por el año escolar en curso por lo que anualmente deberán completar el mismo.

Firma del Padre o Encargado Legal

Fecha

Firma de la Madre o Encargado Legal

Fecha

B) Consentimiento para Servicio con Coordinadora de Servicios al Estudiante: (Referirse a sección VI de Manual de Protocolos)

Después de leer el documento, favor de seleccionar en cada una de las siguientes opciones:

1. (Autorizo) (No Autorizo) la prestación de servicios de la Coordinadora, orientación y/o intervenciones a mi hijo(a) de acuerdo a sus necesidades sin autorización previa a los padres.

C) Divulgación de Información del estudiante: (Referirse a Sección VII de Manual)

Después de leer el documento, favor de seleccionar una de las siguientes:

_____ Autorizo la divulgación de información para los propósitos exclusivos expuestos en el documento.

_____ Autorizo la divulgación de información sólo para los siguientes propósitos:
(Enumere los mismos a continuación) _____



Puerto Rico Baseball Academy and High School

Hoja de Emergencia Médica - Readmisión Año Escolar 2024-25

Nombre del Estudiante: _____ Grado/Grupo: _____

Estudiante tiene Plan Médico: Sí ___ NO ___ Nombre de Plan Médico: _____

Estudiante tiene cambios en condiciones médica: Sí ___ No ___

Mencione cambios en condición médica _____

Fecha último Examen de la Vista _____

En caso de emergencia, padres o guardianes legales: _____

Relación con el estudiante: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia, accidente o enfermedad, **Yo** autorizo a Puerto Rico Baseball Academy & High School, (Administradores, Directores, Profesores o Instructores Atlético) a ejecutar a su mejor juicio el tratamiento necesario y transportarlo al hospital más cercano de ser necesario.

Autorizo también a los miembros del hospital a realizar cualquier tratamiento que a su juicio entiendan necesario para asegurar el bienestar de mi hijo(a) ante esta situación hasta que un encargado legal del estudiante esté presente.

Esta autorización es permitida siempre y cuando **Yo** u otro guardián legal de mi hijo(a), no esté presente o no pueda ser contactado al momento de la emergencia y que el tratamiento sea necesario.

- **Autorizo al Personal de la Institución a administrar cualquiera de los siguientes medicamentos a mi hijo(a) de ser necesario:**

Medicamento	Si	No
Acetaminophen o equivalente (vía oral)		
Benadryl o equivalente (vía oral)		
Benadryl o hidrocortisona (tópico)		
Zyrtec o equivalente alergias nasales (vía oral)		
Antiácido (vía oral)		
Imodium o equivalente (vía oral)		

- **Autorizo se le suministre otro medicamento OTC diferente a los mencionados de ser necesario: Sí ___ NO ___**

Se le puede despachar medicamentos a mi hijo(a) en: ___ Tabletas ___ Líquido

Mi hijo(a) es **alérgico** a: _____
(Si aplica)

Firma de la Madre (Guardián)

Firma del Padre (Guardián)

Fecha

Puerto Rico Baseball Academy and High School

Gurabo, Puerto Rico
Tels. 787-712-0700 /0701 Cel. 787-531-1768



PRBAHS
Puerto Rico Baseball Academy and High School

Estimados Padres o Guardianes:

Para poder ofrecer a su hijo(a) la mejor experiencia educativa, el personal de nuestra escuela necesita conocer las necesidades de salud de su hijo(a). Necesitamos que su proveedor de servicios médicos complete esta hoja de evaluación médica en su totalidad.

Las leyes estatales requieren que todo menor, en edad escolar, este debidamente vacunado y examinado por un profesional de la salud legalmente cualificado. **Por favor incluya el certificado de vacunación PVAC-3 actualizado y en original con esta hoja.**

Nombre del/la Estudiante (Apellidos, Nombre, Inicial):	Fecha Nacimiento (mes, día, año)	Edad	Grado
Dirección Postal	Teléfono Residencial	Teléfono Adicional	
Ciudad y Código Postal	Madre/Guardián (Apellido, Nombre, Inicial)		
Padre/Guardián (Apellido, Nombre, Inicial)	Compañía de Seguro Médico (Si aplica)		
Número Medicaid (Si aplica)	Número de Cubierta Asegurado Principal		

Esta parte debe ser completada por un Médico certificado (letra legible)

El/La estudiante _____ nacido(a) el día _____ de _____ del año _____ ha completado el examen físico satisfactoriamente y está apto para realizar actividades físicas relacionadas a Programa de Entrenamiento en la PRBAHS.

Enfermedades que padece el menor:

	Sí	No		Sí	No
Afecciones de la Piel	_____	_____	Epilepsia	_____	_____
Anemia	_____	_____	Varicelas	_____	_____
Amígdalas	_____	_____	Diabetes	_____	_____
Gastroenteritis	_____	_____	Dengue	_____	_____
Hipoglicemia	_____	_____	*Asma	_____	_____
Problemas del corazón	_____	_____	ADHD	_____	_____
Otro: _____					

**Recuerde que deben incluir los documentos del Plan de Acción del Asma del Departamento de Salud de Puerto Rico.*

¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? Especifique

¿Utiliza algún medicamento de mantenimiento para alguna condición? Especifique

¿Ha sufrido alguna lesión por accidentes o juegos? Especifique

Nombre del Médico _____

Número de Licencia _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____

Firma del Médico _____

Fecha: _____

Sello del Médico

Firma Padre/
Guardián

Fecha: _____