



10 de noviembre de 2025

Estimados Padres y/o Encargados:

Una vez más nos dirigimos a ustedes, para comenzar el Proceso de Readmisión de los estudiantes para un nuevo **año escolar 2026-27**.

Junto a esta carta recibe los documentos para el proceso de readmisión. Le estamos enviando el **Manual de Protocolos, Políticas y Procedimientos** vigente que rige nuestra Institución vía correo electrónico, el cual deberá revisar. A continuación, le compartimos información importante para completar el proceso de readmisión:

- Debe entregar la **Hoja Renovación de Matrícula, Aceptación del Manual de Protocolos, Hoja de Emergencia Médica, Estudio Socioeconómico y Compromiso de pago firmado** junto con el pago de la cuota de matrícula para separar el espacio del estudiante.
- En la Hoja Costos Oficiales encontrará detalles sobre las opciones para el manejo de estos y los descuentos disponibles de los cuáles puede beneficiarse en las fechas estipuladas. Como familia deberán escoger una de las opciones para cumplir con los pagos del año escolar para separar el espacio.
- **A partir de esta fecha comienza el proceso de admisión tanto para nuevos ingresos como los de readmisión. Los padres o encargados deberán reservar el espacio del estudiante emitiendo el pago de la cuota inicial de matrícula (\$800). De no realizar el pago a tiempo, no podemos garantizar el espacio de su hijo(a) una vez comenzado el proceso de matrícula.**
- **TODOS** los documentos del proceso de renovación de matrícula deberán ser enviados al siguiente email: readmisiones@prbahs.org o puede entregar presencialmente a través de Recepción en la academia.
- NO envíe documentos sin pago, de recibirse solo documentos no se considerarán como separación de espacio, solo que tiene interés en matricular.
- La orden de uniformes se realiza a una empresa externa y se le enviará un comunicado con detalles y el enlace para que puedan realizar la orden. Es importante que se realice la 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)**, deberán realizarlo y entregarlo en el documento original, para la fecha límite del viernes, **10 de julio 2026**.
- **Todos** los estudiantes deberán renovar anualmente su **certificado médico**, para el cual se le adjunta formulario que llevará a su médico de familia o pediatra. Estudiantes con condición de Asma deberán completar el Plan del Asma que deberá completar el profesional de la salud.

El estudiante no recibirá el **Pase de Entrada** para iniciar el nuevo curso escolar 2026-27 si las cuotas iniciales no están al día con la Oficina de Contabilidad y/o deban documentos requeridos de readmisión para el **viernes, 26 de junio 2026**. El Proceso de Renovación de matrícula estará 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.

Le damos las gracias por permitirnos continuar siendo parte de la formación y desarrollo académico, deportivo y social de sus hijos. Cualquier duda o pregunta pueden comunicarse a nuestras oficinas a los números de teléfono: (787)712-0700 o al celular corporativo 787-531-1768 o al email de readmisiones@prbahs.org. Nos reiteramos a sus órdenes siempre.

Cordialmente,

Jesús Feliciano
Jesús Feliciano
Director Ejecutivo



Puerto Rico Baseball Academy and High School
Año Escolar 2026-27

Nombre: _____ Grado a cursar: _____

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPLETAR EXPEDIENTE DE READMISIÓN

Documentos Administrativos

- _____ Renovación de Matrícula 2026-27 **
- _____ Compromiso de Pago Costos Oficiales**
- _____ Aceptación de Manual de Protocolos, Políticas y Procedimientos 2026-27**
- _____ Estudio Socioeconómico (se renueva anualmente) **
- _____ 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), Ley 63 del 2017
- _____ Plan de Acción del Asma (solo estudiantes con diagnóstico), Ley 56 del 1 de febrero de 2006
- _____ Otro doc. Solicitado: _____

****Estos documentos deben ser entregados al realizar el pago correspondiente a la matrícula. El resto de los documentos deberán entregar en o antes del 10 de julio de 2025.**

***Todos los documentos deberán ser entregados antes del comienzo del año escolar para que puedan recibir PASE de Entrada**

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

Revisado por: _____ Completo: _____ Incompleto: _____

Comentario:



Puerto Rico Baseball Academy and High School

RENOVACION MATRICULA

AÑO ESCOLAR 2026-27

Apellidos: _____ Nombre _____ Inicial _____
Grado: _____ Fecha Nacimiento : ____/____/____ Edad: _____ Sexo: Fem ____ Masc ____
Mes / día / 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 __
Hnos en PRBAHS: *Sí __ No __ *Si es NO, con quién no se relaciona: _____
*Si tiene hno. Indique Nombre y Grado: _____

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 2026-27

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**. Por lo tanto, los padres y estudiantes deberán cumplir con las normas establecidas. Es fundamental que los padres 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, Políticas y Procedimientos** de la **PRBAHS** y nos comprometemos fielmente a cumplir con estas políticas.

Nota Importante: Estas políticas se complementan con las establecidas en el **Manual de Estudiante** el cual puede revisar en la página web www.prbahs.org y recibirá por email al comienzo del año escolar.

- Cualquier política podría ser modificada y notificada oficialmente a través de un comunicado oficial.
- De usted no aceptar algún cambio informado debe enviar una notificación escrita, de lo contrario está aceptando los cambios luego de recibir comunicado oficial.

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

Firma del Padre o Encargado Legal

Fecha

Firma de la Madre o Encargado Legal

Fecha

B) Consentimiento para Servicio con la Consejera Escolar: (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 consejería, terapia 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

Gurabo, Puerto Rico

Tel. 787-712-0700/0701/0702 Cel. 787-531-1768

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

AÑO ESCOLAR 2026-27

Región Educativa: Caguas

Distrito Escolar: Gurabo

Nivel: Intermedia ____ Superior ____

Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Padre: _____

Ocupación: _____ Lugar de Trabajo: _____

Ingreso Anual: _____ Teléfono: _____

Email: _____

Nombre de la Madre _____

Ocupación: _____ Lugar de Trabajo: _____

Ingreso Anual: _____ Teléfono: _____

Email: _____

Total Miembros del Hogar _____

Escoja el ingreso aproximado de su hogar (marque el encasillado):

☐ \$ 19,720	☐ \$ 40,280
☐ \$ 24,860	☐ \$ 45,420
☐ \$ 30,000	☐ \$ 50,560
☐ \$ 35,140	☐ \$60,000 o más

Certifico Correcto _____

Fecha: _____

Firma Padre o Encargado (a)

- EI FORMATO DE ESTE DOCUMENTO NO PUEDE SER ALTERADO, SOLO COMPLETAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA.
- ES IMPORTANTE QUE COMPLETEN TODA LA INFORMACIÓN, LA MISMA TIENE VARIOS PROPÓSITOS Y NO SE RELACIONA CON LA PLANILLA ENTREGADA PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA. LOS INGRESOS PARA CONSIDERAR SON LOS DEL HOGAR DONDE RESIDE EL MENOR.
- ESTUDIANTES HERMANOS: DEBEN COMPLETAR LA HOJA PARA CADA ESTUDIANTE MATRICULADO EN ACADEMIA.

****Este documento es válido por el año escolar corriente****



Puerto Rico Baseball Academy & High School

Hoja de Emergencia Médica Año Escolar 2026-27

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Información Médica:

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

*Estudiantes Readmisión:

Fecha de último Examen de la Vista: _____
(Si tuvo cambios en examen de la vista debe entregar nuevo certificado)

Contactos de Emergencia:

Padres o guardianes legales: _____
(Letra de molde)

Relación con el estudiante: _____ Teléfono: _____

Autorización de Emergencia:

Yo, _____, encargado del estudiante autorizo a que, en caso de emergencia, accidente o enfermedad, autorizo a la Puerto Rico Baseball Academy and High School, (Administradores, Directores, Profesores o Instructores Atlético) a ejecutar, según su mejor juicio, el tratamiento necesario y/o gestionar el traslado de mi hijo/a al hospital o centro médico más cercano.

Asimismo, **autorizo al personal médico** a realizar los procedimientos o tratamientos que consideren necesarios para salvaguardar la salud y el bienestar de mi hijo/a, hasta tanto podamos llegar al lugar donde se encuentre, ya sea primeros auxilios en facilidades de academia o institución hospitalaria.

{Esta autorización aplica únicamente en caso de que los encargados legales no puedan ser localizados o estén ausentes al momento de la emergencia.}

Autorizo al Personal de la Institución a administrar cualquiera de los siguientes medicamentos a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Medicamento	Sí	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)	☐	☐

Autorizó a suministrarle otro medicamento OTC*, en caso de ser necesario: Sí ___ No ___

{*OTC: "Over the counter": que no requiere receta médica para comprarse o usarse. Son considerados seguros y eficaces para el uso común.}

Mi hijo/a es alérgico/a a: _____
(Medicamentos y/o alimentos, si aplica)

Firma del encargado/a: _____ Fecha: _____

Nota: Este documento es válido durante todo el año escolar. Cualquier cambio en la condición de salud del estudiante deberá ser notificado inmediatamente a la Coordinadora de Salud.

Puerto Rico Baseball Academy and High School

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



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** (Ley Núm. 25 del 25 de septiembre de 1983). Si su hijo(a) tiene diagnóstico de Asma, debe completar los formularios del Plan del Asma aunque la misma se encuentre controlada, esto es requisito del Departamento de Salud de Puerto Rico (Ley 56 del 2006).

Nombre del/la Estudiante (Apellidos, Nombre, Inicial):	Fecha Nacimiento (mes, día, año)	Edad	Grado
Dirección Postal	Teléfono Residencial		
Ciudad y Código Postal	Teléfono Adicional		
Padre/Guardián (Apellido, Nombre, Inicial)	Madre/Guardián (Apellido, Nombre, Inicial)		
Número Medicaid (Si aplica)	Compañía de Seguro Médico (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	_____	_____
Hipoglucemia	_____	_____	*Asma	_____	_____
Problemas del corazón	_____	_____	ADHD	_____	_____
Otro: _____			Ansiedad	_____	_____

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

¿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.

¿El estudiante recibe tratamiento psicológico o psiquiátrico? Si ____ No ____ Explique:

Nombre del Médico

Número de Licencia

Dirección:

Teléfonos:

Firma del Médico

Sello del Médico

Firma Padre/
Guardián

Fecha: