

COLEGIO SAN FELIPE

566 AVE. SAN LUIS, ARECIBO P.R. 00612 | P.O. BOX 673 ARECIBO, PR 00613

TEL: 787-878-3532 | FAX: 787-879-2124

www.sanfelipeedu.org | csf@sanfelipeedu.org



SOLICITUD DE NUEVA ADMISIÓN AÑO ESCOLAR 2026-2027

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Número de familia _____

El Colegio San Felipe no discrimina por razón de raza, color de la piel, origen étnico, condición económica, religión o impedimento físico en la administración de normas educativas, normas de admisión, programas de becas, programas atléticos y ningún otro programa administrado por el Colegio.

NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE ADMISIÓN O RE-ADMISIÓN

CONTENIDO DEL FORMULARIO

- Solicitud de admisión
- Declaración de compromiso
- Autorización del tutor legal para tomar foto y video. Plan de contingencia en caso de desastre
- Perfil del estudiante
- Registro de enfermería
- Autorización para administrar medicamentos
- Autorización para atención hospitalaria
- Certificado médico
- Estudio Socioeconómico
- Compromiso de pago

REQUISITOS DE ADMISIÓN

- Copia de certificado original de sacramentos adquiridos (bautismo, primera comunión y/o confirmación)
- Copia del certificado de nacimiento
- Récord académico (Transcripción de créditos)
- Certificado de inmunización Original (Vacunas)
- Carta de recomendación del director escolar o maestro de la institución donde estudió
- Dos (2) fotos 2x2
- Examen dental para grados K, 2, 4, 6 y 8 (Estudiantes nuevos y activos)
- Prueba psicométrica a estudiantes de prekínder- kínder, a solicitud del principal o trabajador social. **La misma puede ser solicitada en cualquier grado de identificarse la necesidad.**

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Año Escolar: 2026-2027

Fecha de solicitud: _____

Instrucciones: Favor de llenar este formulario en letra legible. La información aquí contenida se referirá a la familia con quien reside el/los estudiantes(s) para el cuál(es) solicita admisión.

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

¿Con quién vive el estudiante? Madre Padre Ambos Otro (especifique): _____

Núm. miembros en la familia: _____ Núm. de niños en la familia: _____

¿Tiene hermano(a) en el colegio? No Sí

(indicar nombre) _____ Grado: _____

(indicar nombre) _____ Grado: _____

Estudió en el colegio anteriormente No Sí Razón de traslado: _____

Religión: _____ Parroquia a la pertenece: _____

SOLICITUD – ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Grado que va a cursar: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____ Seguro Social: _____

Escuela o colegio de procedencia: _____ Municipio: _____

¿Está el estudiante registrado en el Departamento de Educación en el Programa de Educación Especial? Sí No

¿Padece de alguna condición de salud? Sí No Especifique: _____

Sacramentos: Bautismo Comunión Confirmación

INFORMACIÓN DEL PADRE

Nombre del Padre: _____ ¿Está vivo? Sí No

Religión: _____ Lugar de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____ Escolaridad: _____

(ES) Escuela Elemental (IS) Escuela Intermedia (HS) Escuela Superior (UC) Créditos Universitarios
(NA) No aplica (AD) Grado Asociado
(BA) Bachillerato (MA) Maestría (DO) Doctorado

Dirección residencial: _____

Ocupación: _____ Teléfono del trabajo: _____

Lugar de trabajo: _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Nombre de la Madre: _____ ¿Está vivo? Sí No

Religión: _____ Lugar de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____ Escolaridad: _____

(ES) Escuela Elemental (IS) Escuela Intermedia (HS) Escuela Superior (UC) Créditos Universitarios
(NA) No aplica (AD) Grado Asociado
(BA) Bachillerato (MA) Maestría (DO) Doctorado

Dirección residencial: _____

Ocupación: _____ Teléfono del trabajo: _____

Lugar de trabajo: _____

DECLARACIÓN DE COMPROMISO

Al solicitar la matrícula para nuestro hijo(a) _____ y mientras permanezca en el colegio; como padre, madre y/o tutor legal aceptamos las siguientes declaraciones, basadas en la misión, valores y filosofía del colegio, así como, el currículo, el Reglamento Escolar y Normas Académicas, que piden un compromiso de parte de los nuevos estudiantes y de sus padres o tutores. Su firma abajo indica la aceptación de estos puntos básicos:

1. Todo estudiante que se matricula en el Colegio San Felipe acepta la meta de la integración de su fe cristiana, su desarrollo intelectual e integral y su compromiso personal de servicio a su pueblo.
2. El colegio no discrimina a ningún estudiante por su religión o credo, pero entiendo que la instrucción católica que ofrece es parte de su filosofía y currículo académico. Entiendo que como institución académica, le ofrecerá a mi hijo(a) instrucción cristiana católica. Su compromiso como estudiante es participar en todas las actividades religiosas que le sean asignadas como parte de sus deberes académicos y seguir las normas establecidas para cada una de ellas.
3. Los padres, que son los responsables primarios de la educación de su hijo(a), se comprometen a una total colaboración con los educadores del colegio a quienes confían a su hijo(a).
4. Los padres o tutor del estudiante se comprometen a respetar los postulados de la misión, valores y filosofía educativa del colegio y se comprometen a ayudar al estudiante a **conocer, comprender e integrar los valores del colegio y a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas en el Reglamento y/o Manual del Estudiante**
5. Los padres apoyan una formación sólida en los valores del Evangelio, y prometen tratar de reforzar los valores enseñados y vividos en el colegio con la vivencia de los mismos valores en su hogar.
6. Los padres asistirán fielmente a las orientaciones y/o reuniones de padres a las cuales serán citados periódicamente, así como las citas del personal que intervienen en la educación de sus hijos.
7. Aceptamos todas las condiciones académicas, disciplinarias y económicas establecidas por esta Institución privada. En algunos casos la administración tomará medidas correctivas de acuerdo con el Reglamento y/o Manual del Estudiante, que serán respaldadas por nosotros, los padres.
8. Aceptamos y nos comprometemos a cumplir con el Reglamento del Estudiante y Normas Académicas establecidas por el colegio como requisito de admisión y readmisión a esta Institución.

Favor de devolver con la solicitud

Hemos leído y comprendido estos puntos esenciales de la filosofía y objetivos del Colegio San Felipe _____, así como las normas establecidas en el Reglamento y/o Manual del Estudiante. Los aceptamos como están.

Firma de los padres: _____

Fecha: _____

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

**AUTORIZACIÓN DEL TUTOR LEGAL PARA TOMAR FOTOS O VIDEOS A MENORES
PARA LA PUBLICACIÓN EN PÁGINA WEB Y REDES SOCIALES INSTITUCIONAL**

Entiendo que mediante este documento se solicita autorización para tomar fotos o videos a mi hijo(a) durante lecciones y/o actividades del colegio. Las mismas serán tomadas por personal de la institución y/o fotógrafo profesional y podrán ser publicadas en la página web o redes sociales del Colegio San Felipe, Colegios Diocesanos de Arecibo y/o Diócesis de Arecibo.

Sí autorizo a tomar fotos y videos a mi hijo(a) _____ durante lecciones y/o actividades del colegio tomadas por fotógrafo profesional o personal de la Institución.

No, autorizo la publicación de fotos y videos de mi hijo(a).

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor legal: _____

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

PLAN DE CONTINGENCIA EN CASO DE DESASTRE

Yo, _____, padre/madre/tutor legal, autorizo a mi hijo(a) _____ del _____ grado a participar en los ejercicios de desalojo en caso de emergencia. Autorizo a la administración del colegio, para que en caso de una emergencia el menor sea trasladado fuera del plantel para que sea ubicado en un área más segura. En caso de terremoto, la administración del colegio se compromete a retener los estudiantes que no puedan ser recogidos por su padres o familiares, durante las próximas 24 horas después de la emergencia, a excepción de instrucciones de las autoridades del Gobierno de Puerto Rico. Luego de las 24 horas serán trasladados al refugio más cercano.

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

PERFIL DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Dirección residencial: _____

Teléfono del hogar: _____

El estudiante vive con: ? _____ Madre _____ Padre _____ Ambos _____ Otro (especifique): _____

Nombre del padre o encargado: _____

Trabaja en: _____ Ocupación: _____

Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Nombre de la madre: _____

Trabaja en: _____ Ocupación: _____

Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

¿A quién llamar en caso de emergencia?

1. _____ Tel.: _____

2. _____ Tel.: _____

3. _____ Tel.: _____

Condiciones especiales de salud: _____

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a recoger a mi hijo/a en el Colegio San Felipe:

Nombre Completo	
Parentesco	
Teléfono	
Número de Identificación (licencia de conducir)	

Deberá proveer copia de la identificación con foto.

Nombre Completo	
Parentesco	
Teléfono	
Número de Identificación (licencia de conducir)	

Deberá proveer copia de la identificación con foto.

Entiendo que cualquier cambio en esta autorización deberá ser notificado por escrito y entregar a la oficina de administración.

Certifico correcto: _____

Firma del Padre, Madre o Encargado

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Nombre del estudiante: _____

Grado a cursar: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (mm/dd/yy)

Teléfono: _____

Nombre del Padre: _____

Teléfono: _____

Nombre de la Madre: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

En caso de emergencia, nos podemos comunicar con las siguientes personas: (favor colocar en orden de prioridad)

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado:

<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	Enfermedades metabólicas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	Hipertensión
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Trastornos gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal
<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Condiciones dermatológicas
<input type="checkbox"/>	Catarros frecuentes	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	Anemia (tipo): _____	<input type="checkbox"/>	Problemas psicológicos
<input type="checkbox"/>	Alergias Nasales	<input type="checkbox"/>	Migraña	<input type="checkbox"/>	Dengue Hemorrágico	<input type="checkbox"/>	Traumatismos severos
<input type="checkbox"/>	Infecciones de oído	<input type="checkbox"/>	Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>	Sangrado Nasal	<input type="checkbox"/>	Otras (especificar):
<input type="checkbox"/>	Infecciones de gargantas	<input type="checkbox"/>	Trastornos de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	Sarampión		
<input type="checkbox"/>	Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	Déficit de atención e hiperactividad	<input type="checkbox"/>	Varicela		
<input type="checkbox"/>	Tonsilitis (Amigdalitis)	<input type="checkbox"/>	Trastornos del habla	<input type="checkbox"/>	Sistema musculoesquelético		
<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la tiroides	<input type="checkbox"/>	Trastornos del espectro autista	<input type="checkbox"/>	Problemas ortopédicos		
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Alteraciones emocionales	<input type="checkbox"/>			Cirugías previas:
<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	Enfermedades psiquiátricas				

Espacio abierto para comentarios: _____

******SI PADECE DE ALGUNA CONDICIÓN, FAVOR TRAER CERTIFICACIÓN MÉDICA ******

Alergias: Tipo de alergia: _____ Medicamento que utiliza: _____

¿Practicas algún deporte? ___ si ___ no Si tu respuesta es afirmativa, ¿cuál(es)? _____

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Yo, _____, padre/madre/tutor legal, autorizo (___ si, ___ no) a la enfermera escolar a atender y administrar medicamentos, en su versión original y genérica, a mi hijo(a) _____ del _____ grado de ser necesario si se siente mal, enfermo o lesionado.

Favor marcar (Si) – (No) autoriza alguno de los siguientes medicamentos en su versión original o genérico:

SI	NO	
___	___	Acetaminofén líquido o tableta (Ej.: Panadol, Tylenol)
___	___	Agua de Azahar
___	___	Analgésico en crema o gel
___	___	Anestésico de garganta
___	___	Anestésico oral (afta bucal, Ej.: Orajel)
___	___	Antiácido
___	___	Árnica o de algun tratamiento en gel o crema para el dolor o inflamación.
___	___	Benadryl u otro medicamento similar para alergias.
___	___	Betadaine u otro medicamento similar
___	___	Caladryl u otro medicamento similar
___	___	Crema para quemaduras
___	___	Gotas de ojos
___	___	Hidrocortisona en crema
___	___	Ibuprofen de adulto
___	___	Peptobismol
___	___	Triple antibiótico
___	___	Realizar prueba de la glucosa
___	___	otro, especificar: _____

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

CERTIFICADO MÉDICO
Año Escolar: 2026-2027

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
mes-día-año

Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____ ABO: _____
 (si lo conoce)

EXAMEN FÍSICO

Signos vitales: T: _____ Pulso: _____/min R: _____/min Presión: _____/_____ mmHg

Marque según la columna. Favor de escribir en los comentarios si padece de alguna condición según los sistemas.

EVALUACIÓN CLÍNICA	NORMAL	ANORMAL	NO EVALUADO	COMENTARIOS
Piel				
Oídos, nariz y garganta				
Cardiovascular				
Respiratorio				
Gastrointestinal				
Musculoesqueletal				
Neurológico				

RESULTADOS DE LOS ÚLTIMOS LABORATORIOS

Serología	Fecha realizada	Resultado
CBC y diferecial	Fecha realizada	Resultado
Urianálisis	Fecha realizada	Resultado

RESUMEN DE HALLAZGOS EN HISTORIAL, EXAMEN FÍSICO Y LABORATORIOS REQUERIDOS

PREGUNTAS	SI	NO	Comente su contestación afirmativa
¿Tiene el estudiante un problema de salud significativo o incapacitante?			
¿Está en tratamiento por alguna condición de salud física o mental?			
¿Existe alguna contraindicación para la participación en actividades atléticas que requieren esfuerzo física?			
¿Existe alguna recomendación especial para el manejo de los problemas de salud del estudiante?			

Hospitalizaciones, cirugías o enfermedades en el último año (especifique):

Alergias a medicamentos, ambiente o alimentos (especifique):

¿Al presente ingiere algún medicamento? (especifique):

 Fecha del examen

 Firma del médico

 Número de Licencia

 Teléfono

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN HOSPITALARIA & CONSENTIMIENTO DE AMBULANCIA

Nombre del menor: _____ DOB: _____

Yo, _____, con el número de identificación _____, en mi calidad de __padre __madre __tutor legal del _____ de _____ grado, autorizo al personal escolar y de salud correspondiente al Colegio San Felipe a:

1. Tomar todas las medidas necesarias para garantizar la atención médica de emergencia en caso de accidente o enfermedad grave mientras el menor se encuentra bajo el cuidado de la institución educativa.
2. Autorizo que pueda acompañar a mi hijo(a) en ambulancia a un hospital, clínica u otro centro médico si se considera necesario.
3. Permitir que el personal médico del hospital brinde tratamiento de emergencia a mi hijo/a mientras se realiza el contacto conmigo o con otro familiar.

INFORMACIÓN DE LOS PADRES	
Madre:	Padre:
Teléfono móvil:	Teléfono móvil:
Teléfono del trabajo: Ext.	Teléfono del trabajo: Ext.

INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE:
Alergias conocidas:
Medicamentos que toma regularmente:
Condiciones médicas relevantes:

INFORMACIÓN DEL PLAN MÉDICO (Adjunte copia de la tarjeta del plan médico por ambos lados)	
Nombre de la aseguradora:	Número de contrato beneficiario:
Número de grupo:	Teléfono de contacto de la aseguradora:
Nombre del titular del seguro:	Teléfono del trabajo: Ext.

Entiendo que los padres son los únicos autorizados para que las instituciones hospitalarias puedan prestar sus servicios médicos a menores. Entiendo que el personal escolar hará todo lo posible para contactarme a la mayor brevedad posible sobre cualquier emergencia médica que afecte a mi hijo. Esta autorización hace valer que mi hijo/a reciba la atención médica necesaria en caso de emergencia mientras yo, como padre o encargado, llego al hospital en las próximas 2 horas. También entiendo la importancia de llenar este formulario con la información correcta ya que es el medio que el Colegio San Felipe tiene para comunicarse con los padres y otras personas responsables en caso de emergencia.

Firma

Fecha

PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO EDUCATIVO

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

AÑO ESCOLAR 2026-2027

Estimados padres o encargados:

El Departamento de Educación en virtud a la Ley de Educación Elemental y Secundaria de 1965, según enmendada está llevando a cabo el proceso de Consulta con las escuelas privadas autorizada en participar de los servicios de los programas de Fondos Federales en Puerto Rico. En la consulta para el año escolar 2026-2027 se requiere proveer información relacionada al nivel socioeconómico de cada estudiante de nuestra escuela, entre otros datos.

La información recopilada será para uso exclusivo del Departamento de Educación, de forma tal que puedan aplicar las fórmulas correspondientes para recibir la participación equitativa que corresponde a esta escuela. Entendemos que contar con estos programas federales refuerza los servicios educativos que ofrecemos a nuestros estudiantes. **Le exhortamos a que complete la información que se solicita más adelante por cada niño que asista a nuestra escuela.**

INFORMACIÓN REQUERIDA

1. Región Educativa de ARECIBO.
2. Distrito Escolar de ARECIBO.
3. Escuela COLEGIO SAN FELIPE
4. **Nombre(s) Estudiante(s):**

_____.

5. Edad(es) _____ Grado(s) _____ Sexo: ___ Femenino ___ Masculino

6. Total de miembros de la familia (incluye al/los estudiante(s)): _____

7. Nombre del Padre o Encargado: _____

Ocupación: _____ **A. Ingreso Anual del padre:**

\$ _____

8. Nombre de la Madre: _____

Ocupación: _____ **B. Ingreso Anual de la madre:**

\$ _____

9. Otros miembros: _____

Ocupación: _____ **C. Ingreso Anual de los otros miembros:**

\$ _____

Total de ingreso anual familiar: \$ _____

10. **Firma Padre, Madre o Encargado:** _____