Onteora Central School District
Registro de Estudiantes

PRIMARIA

Oficina del Registrador: (845) 657-6383

Los estudiantes que deseen asistir al Onteora Central School deben estar inscritos inicialmente antes de entrar a la escuela. Todas las inscripciones se procesan a través de la oficina del Registrador ubicado en las Oficinas de la Administración Central en Boiceville (dentro del complejo de la Escuela Intermedia y la Escuela Superior). El registro es un proceso de múltiples pasos. Al estudiante se le permitirá asistir a la escuela al siguiente día escolar, o tan pronto como sea posible, en espera de una resolución final por el Distrito que el estudiante es un residente del Distrito y tiene derecho a asistir a las escuelas del Distrito de forma matrícula gratuita.

Paso 1 - Obtener y completar un paquete de inscripción: Los padres o guardianes legales pueden obtener el paquete de inscripción correspondiente en línea o pueden llamar a la Oficina de Registro, al (845) 657-6383 para hacer arreglos para que el paquete(s) se lo envíen por correo a ellos. Hay tres paquetes distintos disponibles para el Jardín de Infantes, Grados Primarios 1-6 y estudiantes de la Escuela Intermedia/Superior. Los paquetes para todos los grados pueden ser recogidos en las oficinas de la Administración Central. Para su comodidad, los paquetes de Jardín de Infantes y de estudiantes de Primaria están disponibles en las oficinas de la escuela primaria.

Paso 2 - Reunión de Registro: Después de que los padres/guardianes legales han completado el paquete y colectado la documentación apropiada, deben llamar a la oficina del Registrador para establecer una cita para inscribir a su hijo(a). El padre/guardián legal debe estar presente en la cita de inscripción y debe mostrar una identificación.

Paso 3 (Según Sea Necesario) Reunión de Colocación: Los padres/guardianes legales de los alumnos con un IEP o Acomodaciones 504 serán contactados por el Departamento de Servicios Personal del Alumno para establecer una reunión para asegurar la colocación apropiada de su hijo.

Paso 4 Notificación (hecho por el Registrador): Después de la finalización con éxito del proceso de Inscripción y Colocación, el Secretario notificará a los Directores de las escuelas (Primarias), la Oficina de Orientación (Escuela Intermedia/Superior), el Departamento de Transporte, Servicios de Alimentos y la Oficina de Salud del edificio apropiado. Lo siguiente se lleva a cabo:

- (Primaria) El Director de el edificio asignará al estudiante a un aula.
- Transporte asignará al estudiante a una ruta de autobús y le informará al padre/guardián legal de la ubicación de la parada del bus de la mañana y de la tarde, la hora, y cuando el transporte se llevará a efecto.

Paso 5 (Primaria) Visita al Edificio: Para los estudiantes de primaria, los padres/guardianes legales se les anima a visitar la escuela y conocer el principal del edificio antes de que el estudiante asiste el primer día de clase. Las citas se pueden establecer con la oficina principal de cada una de las Escuelas Primarias.

Por favor estén conscientes de que hay situaciones que surgen que pueden causar que un estudiante sea colocado en una escuela que no sea su escuela de origen. Por esta razón, se recomienda que las reuniones de registro y colocación ocurran antes de traer al niño a su "nueva" escuela.

Paso 5 (Escuela Intermedia/Superior) Reunión del Consejero Escolar: Para estudiantes que se inscriban en la Escuela Intermedia o Superior, una vez que el registro y la colocación se ha completado, los estudiantes se deben reunir con sus consejeros con el fin de establecer su horario. Si esta reunión no puede ser coordinada durante la reunión de la inscripción, el padre/guardián legal debe ponerse en contacto con la oficina de orientación para programar una reunión con el consejero de su hijo. Los padres siempre son bienvenidos en estas reuniones.

Paso 6 Determinación de Residencia: Dentro de los tres días del registro inicial, los padres/guardianes legales deben presentar suficientes pruebas de su residencia en el Distrito. El Distrito entonces tomará una determinación final sobre si los padres/guardianes legales son residentes del Distrito y con derecho a enviar al alumno a las escuelas del Distrito.

Lista de Verificación de la Documentación:

Se requieren los siguientes documentos para registrar a un estudiante en Distrito Escolar Central. Si el estudiante viene de otro distrito escolar, parte de esta documentación puede ser enviada cuando se solicitan los registros. Sin embargo, si los documentos no están disponibles, es la responsabilidad de los padres / guardianes legales para proporcionar los documentos antes de que el estudiante puede ser matriculado.

- **Identificación**

El padre/guardián debe mostrar prueba de su identidad.

- **Prueba de Residencia**

Todos los nuevos estudiantes que están entrando al Distrito Escolar Central de Onteora deben proporcionar la documentación adecuada para establecer su residencia. Los documentos proporcionados siempre deben indicar la dirección física del estudiante (donde el estudiante descansa su cabeza cada noche). Una casilla de correos no es una dirección aceptable para el propósito de determinar la residencia. Por favor vea los Requisitos de Residencia en la página web del distrito para determinar qué documentos se necesitan para registrar a su hijo.

- *** * Prueba de Edad**

Una transcripción certificada de un acta de nacimiento o registro de bautismo (incluyendo una transcripción certificada de un acta de nacimiento extranjero o registro de bautismo) o, si ninguno está disponible, un pasaporte (incluyendo pasaporte extranjero) será suficiente para determinar la edad de un niño.

Los siguientes son ejemplos de otras pruebas documentales (que deben haber existido durante al menos dos años) que pueden ser considerados para establecer la edad de un estudiante si una transcripción

certificada de un acta de nacimiento o registro de bautismo (nacional o extranjero), o pasaporte (nacional o extranjero), no están disponibles. Esta lista no pretende ser exhaustiva, ni tampoco es una lista de la documentación requerida:

- Tarjeta de identificación del consulado
- Orden judicial u otros documentos emitidos por la corte
- Los documentos expedidos por las agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, una agencia de servicio social local, Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados)
- Hospital o registros de salud
- Tarjeta de identificación dependiente Militar
- Documento tribal del Nativo Americano
- Licencia de conducir oficial
- Los registros de las agencias de ayuda internacional sin fines de lucro y agencias voluntarias
- Identificación de la foto de la escuela con la fecha de nacimiento
- Documentación estatal u otra emitida por el gobierno

- **** Prueba de Inmunización**

Debe ser firmado o sellado por un proveedor de cuidado de salud con licencia del Estado de Nueva York. Este documento puede ser enviado por fax directamente desde la oficina del médico para su conveniencia.

- **** Registros Escolares**

Tarjeta de calificaciones más reciente (si está disponible)
Plan de Educación Individualizado más reciente (IEP) para estudiantes con necesidades especiales o Plan de Acomodamiento 504, si aplicable.

- **Documentación relativa a Circunstancias Especiales**

Si usted no es el padre biológico pero tienes la custodia legal del estudiante, por favor proporcione los documentos pertinentes disponibles o complete una Declaración Jurada de Custodia.

Si hay otras circunstancias especiales, tales como: acuerdos de custodia, órdenes de protección, etc., por favor traiga estos documentos con usted. Ellos se copiarán y serán archivados en el expediente del estudiante. Las escuelas no pueden negarse a entregar al niño a un padre/guardián legal a menos que existan documentos de la corte en el expediente. Instrucciones escritas o verbales de un padre no son suficientes.

** Puede ser proporcionada por el distrito escolar anterior del estudiante.

Para preguntas o para concertar una reunión de inscripción, por favor póngase en contacto con el Registrador al 657-6383.

Distrito Escolar Central de Onteora
PO BOX 300
BOICEVILLE, NY 12412
(845) 657-3320 (845) 657-8742 FAX

CUESTIONARIO DE LA RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____ **Género:** ___ **M** ___ **F**
Apellido **Primer** **Segundo**

Fecha de Nacimiento: ____/ ____/ ____ **Edad:** _____ **ID # del Estudiante** _____

Las respuestas abajo ayudará al distrito a determinar qué servicios usted o su niño puede poder recibir bajo el Acta McKinney-Vento. Estudiantes protegidos bajo el Acta McKinney-Vento tienen derecho a inscripción inmediata en escuela incluso si no tienen los documentos normalmente requeridos, por ejemplo la prueba de residencia, expedientes de la escuela, expedientes de inmunización, o partida de nacimiento. Estudiantes protegidos bajo el Acta McKinney-Vento pueden también tener derecho para transporte gratis y otros servicios.

Donde está el estudiante viviendo actualmente (Cheque una caja.)

- ❑ En un refugio
- ❑ Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de vivienda o como resultado de dificultad económica (referida a veces como 'doubled-up')
- ❑ En un hotel/motel
- ❑ En un carro, parque, autobús, tren o un sitio para acampar
- ❑ Otra situación de vivienda temporal (Describa Por Favor): _____
- ❑ En vivienda permanente

_____
IMPRIMA nombre del Padre, Guardian, o Estudiante
(para joven solo sin hogar)

_____
Firma del Padre, Guardian, o Estudiante
(para joven solo sin hogar)

_____
FECHA

Proporcione por favor la dirección de vivienda temporal: _____

_____

_____*La presentación de un expediente falso o la falsificación de expedientes es una ofensa bajo la Sección 37.10, del código Penal, y la inscripción del niño conforme a documentos falsos sujeta a la persona a la responsabilidad por la matrícula y otros costos. TEC Sec. 25.2002(3)(d).*

Envíe por favor una copia al Departamento de PPS en la Oficina Administrativa Central Certifico que el estudiante nombrado arriba califica para el Programa de Nutricion "Child Nutrition Program" bajo disposiciones del Acta McKinney-Vento.

_____
Fecha

_____
Firma del Representante del Acta McKinney-Vento

2/28/11

Onteora Central School District

PO Box 300
4166 Route 28
Boiceville, NY 12412
Tel. (845) 657-6383 Fax (845) 657-8742

Estimados Padres/Guardianes,

¡Bienvenido! Con el fin de estar inscrito en el Distrito Escolar Central de Onteora, debe residir dentro de los límites del Distrito. Se ***requiere*** prueba de residencia para el registro para completar la inscripción y se debe presentar dentro de los tres días de registro inicial. Al menos dos documentos deben ser presentados. Todos los documentos deben estar al día y deben contener el nombre del padre/guardián. La dirección física de la residencia debe aparecer en los documentos. El Distrito no aceptará un apartado postal como una dirección física.

La siguiente es una lista no exhaustiva de los documentos que serán aceptados para establecer su residencia:

- Cuenta Reciente de Impuesto Escolar
- Resumen del Desembolso del Cierre
- Estado de Cuenta Bancaria
- Cheque Cancelado
- Verificación del Cambio de Dirección del Servicio Postal de Estados Unidos
- Recibo de Sueldo
- Extracto de la Tarjeta de Crédito en el Membrete de la Empresa
- Póliza de Seguro de Propietarios/Inquilinos o Prueba de Reclamación
- Declaración de Renta Federal o del Estado de NY, o Declaración de Ganancias
- Aviso de Servicio de Jurado
- Órdenes Militares que todavía están en vigor
- Recibo de la Compañía de Mudanzas
- Certificado de Título del Estado de NY
- Licencia Profesional del Estado de NY
- Título de Propiedad o Prueba de la Hipoteca Actual
- Arrendamiento Residencial
- Declaración de Retiro
- Tarjeta del Servicio Selectivo
- Declaración del Seguro Social
- Declaración de Premio SSI
- Declaración de Prestaciones por Desempleo
- Cuenta de Servicios Públicos
- Tarjeta de Aviso de Registro de Votante
- Declaración de Beneficio de Bienestar
- Declaración notariada o firmada del arrendador tercero, propietario o inquilino con quien va a compartir la propiedad
- Declaración Notariada del Dueño/Propietario en Apoyo de Residencia (formulario adjunto)
- Declaración notariada o firmada de un proveedor tercero que establece su presencia física en el Distrito
- Licencia de conducir oficial, permiso o identificación de no conducir del alumno
- Identificación emitida por el Gobierno
- Documentos emitidos por las agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, la Oficina de Reasentamiento de Refugiados)
- Documentos de Membrecía en base a la residencia (por ejemplo, tarjeta de la biblioteca)

El Distrito evaluará toda la documentación presentada para determinar la residencia. Gracias.

Atentamente,

Victoria McLaren

Victoria McLaren
Oficial de Residencia / Asistente del Superintendente para Negocios

(rev 2015)

AFFIDAVIT OF PROPERTY OWNER/LANDLORD
IN SUPPORT OF RESIDENCY IN THE ONTEORA CENTRAL SCHOOL DISTRICT

STATE OF NEW YORK)
) SS.:
COUNTY OF ULSTER)

I, _____ a property owner or manager/agent of the dwelling located at
(Name of Property Owner/Landlord or Property Manager)

_____ _____
(Street Address/Apt #) (City,State,Zip)

hereby certify that I am renting space in this dwelling on a _____ basis beginning on _____
(Weekly/Monthly/Yearly) (Date)

The following persons are identified as tenants having the right to be occupants in the dwelling:

- Parent/Guardian: _____
- Parent/Guardian: _____

Name(s) of Child(ren):

	Last Name	First Name	MI		Last Name	First Name	MI
1				4			
2				5			
3				6			

List all other persons residing in the dwelling:

	Last Name	First Name	MI		Last Name	First Name	MI
1				4			
2				5			
3				6			

The payment of Electric Utility Bill is included in rent: Yes:____ No: ____

I certify that the information provided on this form is true and correct and that the statements made herein are being made under the penalties of perjury, knowing that the Onteora Central School District will rely upon them in determining whether the above-named child(ren) reside in the school district.

_____
(Signature of Property Owner/Landlord/Property Manager)

_____
(Print Name)

_____
(Title)

Making a false statement regarding living arrangements is a violation of the law, to wit: a violation of section 210.35 and 210.45 of the NY Penal Law, which are Class A misdemeanors and may be punishable by up to a fine of up to $1,000 and/or up to one year of imprisonment.

Sworn to before me this
_____ Day of _____, 20____

_____
(Notary Public)

Notary Stamp

Distrito Escolar Central de Onteora — Formulario de Inscripción

Confidencial Estudiante #: _____

Información del Estudiante

Nombre Legal: como aparece en la Partida de Nacimiento	Apodo:

Estudiante Reside con ___ Ambos Padres en la misma dirección ___ Ambos Padres en direcciones separada
___ Padre A ___Padre B___ Guardián Legal ___ Padre(s) Adoptivo(s)

Custodia del Estudiante
___ Custodia Única del Padre/Guardián A asignada por la corte listado debajo
___ Custodia Legal Compartida/Custodia Física Primaria es con el Padre/Guardián A listado debajo
___ Custodia Legal Compartida/Custodia Física Compartida (Note: La Residencia Primaria será usada para Transportación)
___ Informal, no hay ordenes de la corte en efecto

Fecha de Nacimiento: _____

Género: Masculino / Femenino

Documentos de Custodia (si aplica): Sí / No

¿Es el estudiante Hispano/Latino o de origen Español? Sí / No
Raza (cheque **por lo menos una**, puede checar todas las que aplican):
___ Nativo Americano o Nativo de Alaska
___ Asiático
___ Negro o Afro Americano
___ Hawaiano Nativo u Otro Isleño del Pacífico
___ Blanco (Caucásico)

Si el estudiante nació en USA o sus territorios:

Ciudad de Nacimiento: _____

Estado/Territorio de Nacimiento: _____

Territorios de USA incluyen: Samoa Americana, Guam, Islas Mariana del Norte, Puerto Rico, Islas Menores Alejadas de USA, Islas Vírgenes de USA

Padre/Guardián A (Residencia Primaria del Estudiante)

Nombre Completo
Dirección Física
Ciudad/ Estado/Código Postal
Dirección de Correo (si es diferente)
Ciudad/ Estado/Código Postal

Relación del Padre/Guardián A al estudiante (cheque una):
___ Madre ___ Padre
___ Madre Adoptiva ___ Padre Adoptivo
___ Abuela ___ Abuelo
___ Guardián Legal Asignado por la corte
___ Otro

¿El estudiante vive con este padre?
Todo el Tiempo/Parte del Tiempo

Teléfono de Casa	Teléfono de trabajo	Teléfono Celular	Email

Padrastro Vive en esta Dirección (si es aplicable)

Nombre Completo
Teléfono de Trabajo
Teléfono Celular

Padre/Guardián B (Residencia Primaria del Estudiante)

Nombre Completo
Dirección Física
Ciudad/ Estado/Código Postal ☐ Ubicación Desconocida
Dirección de Correo (si es diferente)
Ciudad/ Estado/Código Postal

Relación del Padre/Guardián A al estudiante (cheque una):
___ Madre ___ Padre
___ Madre Adoptiva ___ Padre Adoptivo
___ Abuela ___ Abuelo
___ Guardián Legal Asignado por la corte
___ Otro

¿Misma residencia que Padre/Guardián A? Sí / No
Si es No,
¿Estudiante vive con este padre? Todo el Tiempo / No
¿Se debe enviar correspondencia a esta dirección? Sí / No

Teléfono de Casa	Teléfono de trabajo	Teléfono Celular	Email

Padrastro Vive en esta Dirección (si es aplicable)

Nombre Completo
Teléfono de Trabajo
Teléfono Celular

Antecedentes de la Educación del Estudiante

(Por favor indique **TODAS** las escuelas anteriores, utilice páginas adicionales si es necesario)

Escuela Anterior	Dirección de la Escuela Anterior	Grados Asistidos	Fechas de Asistencia

¿Se ha retenido su hijo (repitió un grado)? Sí / No En caso afirmativo, ¿qué grado(s)? _____

¿Está su hijo actualmente recibiendo Servicios de ESL (Inglés como Segundo Idioma)? Sí / No

¿Ha recibido anteriormente su hijo Servicios de ESL? Sí / No En caso afirmativo, ¿cuándo terminaron los servicios? __

¿Ha asistido su hijo a una escuela en el Distrito Onteora? Sí / No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Si aplicable, ¿cuándo ingresó su hijo al noveno grado? _____

Servicios de Información de Educación Especial

¿Su hijo actualmente tiene un IEP?	Si / No	¿Esta su hijo actualmente recibiendo:	
¿Tiene su hijo un Plan 504 actualmente?	Si / No	Consejería	Si / No
Distrito con el plan aprobado actual		Matemática Remedial	Si / No
Nombre de la persona de contacto		Lectura Remedial	Si / No
Comentarios		Habla	Si / No
		Otro	

Hermanos / Otros Niños Que Viven En La Dirección Primaria

Nombre (Incluya apellido si es diferente)	Género	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela Actual	Relación al Estudiante

Otros Adultos Que Viven En La Dirección Primaria

Nombre (Incluya apellido si es diferente)	Género	Relación al Estudiante

Dirección Anterior del Estudiante si Nuevo al Distrito Escolar Central de Onteora

Calle	Ciudad/ Estado/ Código Postal

Es la política del Distrito que el estudiante se inscribirá inicialmente y comenzara a asistir a la escuela al siguiente día escolar, o tan pronto como sea posible, en espera de una resolución definitiva por el distrito que el estudiante es un residente del Distrito y tiene derecho a asistir a las escuelas del Distrito de forma matrícula gratuita. Por favor, tenga en cuenta que, en caso de que una familia viole el requisito de residencia, el Distrito Escolar Central de Onteora tiene derecho a facturar por la matrícula de nuevo para el periodo de tiempo que el estudiante (asistió a las escuelas del Distrito como no residentes).

Certifico que soy residente del Distrito Escolar Central de Onteora y toda la información aportada es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

_____ _____

Firma Fecha

Distrito Escolar Central de Onteora
Formulario de Salida de Emergencia Elementaria
Confidencial

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante:

Instrucciones de Salida Temprana Elementaria (Requerido)

Si la escuela debe salir temprano inesperadamente, he instruido a mi niño que:

_____ Vaya directo a la casa por de MANERA USUAL. Si no hay nadie en casa, camine a la casa cercana de _____ en _____.

____ Pida un PASE DE BUS sw la oficina para ir a la casa de: _____ en _____.

____ CAMINE directo de la escuela a la casa de: _____ en _____.

Contactos de Emergencia

En caso de una *emergencia*, el Distrito Escolar Central de Onteora tratara primero de contactar a los padres/guardianes legales. Si los padres/guardianes legales no pueden ser contactados, el distrito tratara de contactar las persona listadas debajo. Por favor provea por lo menos UN contacto que no vive en su casa.

Note por favor: Cualquier persona en la lista es autorizada a recoger su niño.

El lado reverso de este formulario enzeña el contacto de emergencia actual para su estudiante.
Por favor solamente provea ACTUALES SOLAMENTE debajo.

# 1	Nombre Completo		Relación al Estudiante
Teléfono de Casa	Teléfono Celular		Teléfono de Trabajo
# 2	Nombre Completo		Relación al Estudiante
Teléfono de Casa	Teléfono Celula		Teléfono Celular
# 3	Nombre Completo		Relación al Estudiante
Teléfono de Casa	Teléfono Celula		Teléfono Celular

Por favor use una hoja adicional para cualquier contact adicional.

Cuidado Medico

Persona(s) con document notariado para autorizar cuidado medico en su ausiencia:

	Telefono
	Telefono

En caso de un accidente o enfermedad seria, pido que la escuela me contacte. Si la escuela no puede contactarme o los contactos de emergencia de arriba, por esto autorizo a la escuela que llame al medico indicado y que siga sus instrucciones. Si la escuela no puede contactar al medico, por esto autorizo al distrito escolar que arregle transporte de emergencia a una sala de emergencia de una hospital, si es el juicio del distrito escolar que se necesita tratamiento de emergencia. Esta autorizacion tambien incluye autoridad para compartir archivos pertinentes medicos necesarios a los proveedores de salud.

_____ _____

Firma de Padre/Guardian (REQUERIDA) Fecha

Distrito Escolar Central de Onteora
Historia Social de Desarrollo Elemental

Nombre del Estudiante: _____

Historia de Desarrollo

¿El niño se arrastró antes de caminar? ___ Sí ___ No
¿En qué edad el niño caminó solo? _____
¿En qué edad dijo el niño palabras claramente? _____
¿Cuándo habló el niño en frases? _____
¿En qué edad fue entrenamiento a usar el retrete (baño) por completo? _____
¿Había problemas con el entrenamiento del retrete? ___ Sí ___ No
¿El niño se cansa fácilmente? ___ Sí ___ No
¿El niño toma una siesta regular? ___ Sí ___ No
¿El niño sigue direcciones simples? ___ Sí ___ No
¿El niño permanece con una tarea por un tiempo razonable? ___ Sí ___ No
¿El niño ha sido un niño particularmente activo? ___ Sobre ___ Normal ___ Bajo
¿El niño se viste generalmente sin ayuda? ___ Sí ___ No ___ A veces
¿Puede el niño ponerse sus zapatos en los pies apropiados? ___ Sí ___ No ___ A veces
¿Puede el niño vestirse, incluyendo ropa exterior? ___ Sí___ ___ No ___ A veces
¿Es el niño constantemente zurdo o diestro? ___ Zurdo ___ Diestro ___ Ninguno

Compruebe cualquiera de los siguientes un que aplican a su niño actualmente:

___ Extremadamente tímido ___ Narración Excesiva
___ Ansiedad Indebida ___ Chupar el pulgar o el dedo
___ Pesadillas ___ Orinarse en la cama
___ Miedo de la oscuridad o algo más _____

¿En qué hora va el niño a la cama? _____
¿Aproximadamente cuánta T.V. mira el niño durante la semana? _____
¿Cuáles son los programas preferidos de su niño? _____

_____

Enumere los lugares que su niño ha visitado en un viaje o vacaciones _____

_____

Historia Social

¿Cuándo en casa, su niño tiene otros niños para jugar con el? ___ Sí ___ No

¿Su niño ha asistido a la guardería? ___ Sí ___ No

Si es sí, nombre de la guardería _____

¿Su niño aparece impaciente a empezar la escuela? ___ Sí ___ No

¿Su niño le gusta leer? ___ Sí ___ No

¿Miembros de su familia han tenido problemas con la lectura o el deletreo? ___ Sí ___ No

¿Cuál son sus expectativas para su niño este año? _____

_____

_____

¿Usted siente que su niño hace igual como otros niños de su edad? Explique por favor cualquier área donde usted siente que su niño está delante o detrás de sus pares. _____

_____

_____

Brevemente comente sobre la personalidad de su niño: _____

_____

_____

¿Enumere los métodos de confortar que usted encuentra más eficaz cuando su niño está trastornado?

_____

_____

¿Enumere los métodos de disciplina que usted encuentra más eficaces al trabajar con su niño?

_____

_____

¿Ha habido circunstancias en la vida de su niño que usted cree fue duro para él/ella cuál pueda ayudarnos a entenderlo/la mejor?

_____

_____

Utilice el espacio abajo para cualquier información adicional que usted crea que debemos saber:

STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234
Office of P-12

Lissette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas.
Gracias.

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Nombre *Segundo nombre* *Apellido*

FECHA DE NACIMIENTO:

Mes *Día* *Año*

GÉNERO:
❑ Masculino
❑ Femenino

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL

Apellido *Primer Nombre* *Relación con el estudiante*

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	❑ Madre _____ *especifique*	❑ Padre _____ *especifique*	❑ Tutor(es) _____ *especifique*
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	❑ No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	❑ No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	❑ No sabe escribir

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

District Name (Number) & School *Address*

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

*Sí** ❑ *No* ❑ *No se sabe* ❑ * En caso afirmativo, por favor explique :_____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ❑ Poca gravedad ❑ Algo grave ❑ Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? ❑ No ❑ Sí* * *Por favor, llene 10b.*

10b. **Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación,* ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

❑ No ❑ Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

_____

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial *(favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):*

❑ De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) ❑ 3 a 5 años (Educación Especial) ❑ 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? ❑ No ❑ Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?
(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

_____

_____

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

_____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal *Date*

Relación con el estudiante: ❑ Madre ❑ Padre ❑ Otra:_____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ❑ NO ❑ YES

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ (MO DAY YR.)

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:
❑ ADMINISTER NYSITELL
❑ ENGLISH PROFICIENT
❑ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ (MO. DAY YR.)

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ❑ ENTERING ❑ EMERGING ❑ TRANSITIONING ❑ EXPANDING ❑ COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE

ONTEORA CENTRAL SCHOOL DISTRICT
PO BOX 300
4166 ROUTE 28
BOICEVILLE, NY 12412
(845) 657-2537
FAX (845) 657-7079

APLICACIÓN PARA TRANSPORTE GUARDERÍA/NIÑERA

Fecha Sometida: _____ Escuela: _____ Para Año Escolar: _____

Nombre del Estudiante: _____ Teléfono de Casa: _____
(Apellido) (Primer)

Dirección del Estudiante: _____
(Casa #) (Calle) (Pueblo) (Código Postal)

Para nuevos residentes: Distrito Escolar Previo: _____ Fecha que mudó a OCSD: _____

Dirección de Guardería/Niñera: _____
(Casa #) (Calle) (Pueblo) (Código Postal)

Si AM y PM son igual, cheque aquí _____

Guardería/Niñera Información para PM salida de Escuela: _____ Teléfono: _____

Dirección del Guardería/Niñera: _____
(Casa #) (Calle) (Pueblo) (Código Postal)

Firma de Padre/Guardián: _____

Importante - Observe Por Favor lo siguiente:

Transporte a Guardería/Niñeras será hecho disponible para y /o de su ubicación proporcionada si está situado dentro del límite del distrito escolar. Toda Aplicación para Transporte de Guardería/Niñeras debe ser aplicada anualmente y debe ser recibido el 1 de abril del año escolar precedente o en el plazo de 30 días de trasladarse al Distrito o el transporte puede no estar disponible.

PARA USO DEL DISTRITO SOLAMENTE

----------Below for District use only----------

Date form received in Transportation: _____ Received by: _____

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE

ONTEORA CENTRAL SCHOOL DISTRICT
PO BOX 300
4166 ROUTE 28
BOICEVILLE, NY 12412
(845) 657-2537
FAX (845) 657-7079

APLICACIÓN PARA TRANSPORTE DE ESCUELA PRIVADA Y PARROQUIAL

De acuerdo con las Leyes del Estado de Nueva York, Pido por la presente formalmente el transporte para mi niño quien asistirá a la escuela _____ en el año escolar _____.

Nombre del Estudiante: _____ FDN: ____/ ____/ ____ Entrando Grado: _____
(Apellido) (Primer)

Dirección de Casa del Estudiante: _____
(Casa #) (Calle) (Pueblo) (Código Postal)

Teléfono de Casa: _____ Otro Teléfono de Emergencia: _____

Escuela que su niño asistió en el año escolar previo _____

Recuerde por favor que el Distrito Escolar Central de Onteora no transporta a Escuelas Privadas y Parroquiales el los días en que nuestro Distrito esta cerrado para los estudiantes.
Una petición se debe completar para cada estudiante y someterla en o antes del 1 de abril según lo determinado por la Sección 3635 de la Ley de Educación. Para ser elegible para el servicio, todos los estudiantes deben ser registrados con el Distrito Escolar Central de Onteora y deben cumplir los mismos requisitos que los estudiantes que asisten al Distrito Escolar Central de Onteora.

Firma de Padre / Guardián: _____ Fecha: ____/ ____/ ____

Firma de Oficial Escolar: _____ Fecha: ____/ ____/ ____

PARA USO DEL DISTRITO SOLAMENTE
----------Below for District use only----------

Date form received in Transportation: _____ Received by: _____

Is the student registered in the District? Sí _____ No _____

Transportation approved? Sí _____ No _____

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE ONTEORA

High School/Middle School 657-2373
Bennett Elementary School 657-2354
Phoenicia Elementary School 688-5580
Woodstock Elementary School 679-2316

Servicios Médicos Escolares

Estimado Padre /Guardian:

El programa de Servicios Médicos Escolares del distrito apoya el éxito académico de su estudiante promoviendo salud en el ambiente escolar. Una manera que proporcionamos el cuidado para su estudiante es realizando los controles de salud según lo asignado por el mandato del Estado de Nueva York.

Durante este año escolar, las evaluaciones siguientes serán requeridas o completadas en la escuela:

Vision

- Acuidad de distancia para todos los estudiantes nuevo entrantes y estudiantes en Jardin de Infantes, Grados 1, 2, 3, 5, 7 y 10.
- Acuidad de vision de cerca, evaluacion de hyperopia y percepcion de color para todos los estudiantes nuevo entrantes.

Audición

- Evaluación de Audiencia para todos los estudiantes nuevo entrantes y estudiantes en Jardin de Infantes, Grados 1, 2, 3, 5, 7 y 10.

Escoliosis

- Evaluación de la Escoliosis (curvatura espinal) para todos los estudiantes en Grados 5 - 9.

Valoraciones de Salud

- Un examen físico incluyendo el Índice de Masa Corporal y Categoría de Estado del Peso. Una examen fisico se requiere para todos los estudiantes nuevo entrantes y estudiantes en Jardin de Infantes, Grados 1, 2, 3, 5, 7 y 10. Si no recibimos un examen de su médico de atención primaria en el primer día de escuela, una evaluacion escolar será programada.

Certificados Dentales

- Un certificado dental se pide para todos los estudiantes nuevo entrantes y estudiantes en Jardin de Infantes, Grados 2, 4, 7 y 10.

Una carta será enviada a casa si hay algunos resultados en la evaluación hecha en la escuela que causaría preocupación o necesitaría continuación médica. Llame por favor a la Oficina de Salud de la escuela si tiene alguna pregunta o preocupacion.

Enfermera de la Escuela

Revised 1-13-14 PPS DEPT.

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE ONTEORA

INFORMACIÓN DE SALUD Y DESARROLLO

Nombre del Estudiante: _____ Género: M F

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento (Ciudad/Estado/País): _____

Padres/Guardianes: 1. _____ 2. _____

Médico Familiar/Proveedor Cuidado de la Salud: _____ Teléfono: _____

Dentista Familiar: _____ Teléfono: _____

Idioma principal hablado en el hogar: _____

Historial de Salud y Desarrollo:

Por favor describa cualquier problema durante el embarazo con este niño: _____

¿Fue este bebé prematuro? ☐ Sí o ☐ No ¿Su peso al nacer? _____ ¿Tipo de parto? _____

¿Tuvo algún problema este niño al nacer (por ejemplo, ictericia)? _____

¿A qué edad dio la vuelta este niño? _____ ¿se sentó solo? _____ ¿gateó/rastreó? _____ ¿caminó? _____

¿dijo palabras singulares? _____ ¿dijo frases? _____ ¿Logró usar el inodoro? _____

HISTORIAL DE SALUD				**Por favor dar la fecha en que este niño ha tenido alguno de los siguientes:**					
Condición	**Fecha**	**Condición**	**Fecha**	**Condición**	**Fecha**	**Condición**	**Fecha**	**Condición**	**Fecha**
Anemia		Varicela		Resfriados frecuentes/URI		Mononucleosis		Fiebre escarlata	
Asma		Diabetes: Tipo ☐ 1 ☐ 2		Enfermedades del corazón		Nefritis/UTI		Trastornos convulsivos	
Bronquitis		Infecciones del oído		Hepatitis: Tipo __		Pulmonía		Tosferina	
Otro (explique):				Lesiones graves (explique):					
				Cirugía (explique):					
PPD	Fecha: Resultados:	Fecha: Resultados:		Fecha: Resultados:		Fecha: Resultados:		Plomo	Fecha: Resultados:

Condiciones Médicas: Por favor marque **SÍ** o **NO** y explique cualquier "**SÍ**" brevemente en el espacio proporcionado.

Condición:			**Explicación:**
Alergias	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____
Visión	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____
Audición / Condiciones del Oído	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____
Asma/ Problemas de Respiración	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____
Dificultades del Habla	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____
Problemas de Sangrado	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____
Problemas de Conducta	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____
Convulsiones / Problemas Nerviosos	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____
Problemas Renales	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____
Diabetes	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____
Problemas de Comer	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____
Resfriados Frecuentes/Dolor de Garganta	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____
Problemas del Corazón	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____
Otro	**SÍ** ☐	**NO** ☐	_____

¿Está su hijo tomando algún medicamento actualmente? SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, la medicación y la dosis _____

¿Tendrá que ser administrado el medicamento en la escuela? SÍ ☐ NO ☐

¿Su hijo ha tenido alguna vez un examen de la vista? **SÍ ☐ NO ☐**

¿Su hijo ha tenido alguna vez una evaluación auditiva?: **SÍ ☐ NO ☐**

¿Usa su hijo gafas o un audífono? **SÍ ☐ NO ☐**
Razón: _____

¿Su hijo ha sido visto por alguno de los siguientes Profesionales de la Salud?

Especialidad	**Nombre/Número de Teléfono del Especialista**	**Fecha visto**	**Razón**
Alergista			
Audiólogo			
Cardiólogo			
Endocrinólogo			
Oído, Nariz y Garganta			
Nefrólogo/Urólogo			
Neurólogo			
Mitrotopmost			
Terapeuta Ocupacional			
Optometrista /Oftalmólogo			
Ortopedista			
Fisioterapeuta			
Psiquiatra			
Psicólogo/Terapeuta			
Trabajador Social/Consejero			
Patólogo del Habla			
Otros			

Comentarios (por favor use una hoja adicional si es necesario): _____

_____

Si su hijo tiene alguna alergia, describa lo que sucede cuando su hijo tiene una reacción alérgica. ¿Se necesita medicación para tratar este tipo de alergia? Si es así, por favor indique el medicamento(s): _____

_____

Si su hijo tiene una enfermedad crónica (por ejemplo, el asma, la vía respiratoria reactiva, diabetes) o limitaciones físicas, por favor describa. ¿Esta condición limita su participación en la educación física, la actividad física o el recreo?

_____

¿Hay alguna otra información que la escuela debe conocer con el fin de salvaguardar la salud de su hijo?

_____

¿Ha habido algún cambio reciente en la vida de su hijo? SÍ ☐ NO ☐ Explique: _____

_____

Describa cualquier otra cosa en relación con la salud, la conducta o el desarrollo de este niño que la escuela debe saber que podría interferir con la experiencia educativa de su hijo: _____

_____

Si compartir cualquiera de la información anterior mejora la experiencia académica de su hijo, ¿otorga usted el permiso para que se le comunique al maestro del aula y otro personal apropiado de la escuela? Sí ☐ No ☐*

Firma del Padre/ _____ Fecha _____

* Si en el juicio profesional de la enfermera, la seguridad o la salud de su hijo se pondrían en peligro por no compartir información específica con el personal clave, la enfermera procederá para proteger a su hijo.

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE ONTEORA

Requisitos de Vacunación para los Estudiantes que Ingresan

La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, Sección 2164, exige que las escuelas no permitan que un niño sea admitido a menos que la persona con relación paternal provea a la escuela con un certificado de vacunación o la prueba de un proveedor de atención primaria, enfermera practicante o asistente del médico que el niño ha recibido o está en el proceso de recibir las vacunas requeridas.

Vacuna	Jardín de Infantes-2	Grados 3-5	Grados 6-9	Grados 10-12
Difteria, Tétano, Tos ferina (DTaP, DTP, Tdap)	4-5 dosis	4-5 dosis	3 dosis	3 dosis
Tétanos, Difteria, Tos ferina (Tdap)			1 dosis†	1 dosis
Polio (IPV o OPV)	3-5 dosis	3 dosis	3-5 dosis	3 dosis
Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR)	2 dosis	2 dosis	2 dosis	2 dosis
Hepatitis B	3 dosis*	3 dosis*	3 dosis*	3 dosis
Varicela (varicela)	2 dosis	1 dosis	2 dosis	1 dosis
Vacuna	Grado 7 & 8		Grado 12	
Vacuna Meningocócica	1 dosis		1 o 2 dosis	

† a los 11 años * dado a intervalos apropiados

Los registros de vacunación de una escuela anterior deben ser firmados por un médico. Toda la documentación debe especificar la fecha exacta en que se le dio la inmunización. Es la responsabilidad del padre o guardián suministrar una prueba satisfactoria de la inmunización. Una declaración de los padres de que el registro de vacunación de un niño está perdido o imposible de obtener, o que el niño ha tenido la enfermedad, no es aceptable.

Un niño puede ser exento de los requisitos de inmunización si el padre o guardián sostiene creencias religiosas genuinas y sinceras en contra de la práctica de inmunizaciones. Las formas adecuadas se pueden obtener en la oficina de la escuela o la oficina de salud de su hijo. Un niño también puede quedar exento si un proveedor de atención primaria, con licencia para ejercer en el estado de Nueva York, certifica que la inmunización puede ser perjudicial para la salud del niño. Evidencia serológica demostrada de sarampión, paperas, rubéola, hepatitis B, varicela, polio o (para los tres serotipos) anticuerpos es una prueba aceptable de inmunidad a estas enfermedades. El diagnóstico de un médico, asistente médico, o enfermera que un niño ha tenido la enfermedad de la varicela es una prueba aceptable de inmunidad a la varicela.

Si el niño no ha sido vacunado de acuerdo con la ley, y el padre/guardián no puede pagar por los servicios de un profesional de salud privado, las inmunizaciones requeridas pueden ser proporcionadas gratuitamente por un oficial de salud del condado, con el consentimiento del padre/guardián.

Gracias por cooperar en nombre de la salud de su hijo. Si usted tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con la enfermera escolar. Se le urge que nos cumpla a la fecha más temprana posible.

Colleen P. McDaniel, RN	Oficina de Salud de la Escuela Superior	657-2372
Karen Hansen, RN	Oficina de Salud de la Escuela Intermedia	657-2373
Suellen Elmendorf, RN	Oficina de Salud Bennett	657-2354
Marcia Panza, RN	Oficina de Salud Woodstock	679-2316
Sabrina Blakely, RN	Oficina de Salud Phoenicia	699-5580

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE ONTEORA

Reconocimiento de los Padres de los Requisitos de Inmunización

(Por favor devuelva esta página a la oficina de salud)

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Entiendo los requisitos de inmunización como se explica en la adjunta "Requisitos de Vacunación para los Estudiantes que Ingresan" página y la sanción en caso de incumplimiento.

Firma del Padre/Guardián: _____

Nombre del Padre/ Guardián: _____

Fecha Reconocido: _____

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE ONTEORA

High School/Middle School - (845)657-2373 **Phoenicia Elementary — 688-5580**
Bennett Elementary — 657-2354 **Woodstock Elementary 679-2316**

******** DEBE SER RENOVADO ANUALMENTE ********

Estimado Padre /Guardián:

El Distrito Escolar de Onteora está utilizando un programa de la gestión de registro s del estudiante que incluya historiales médicos de la escuela. La oficina de salud tendrá la capacidad para proveer de los profesores de su niño y de otros personales apropiados de la escuela la información médica sobre su niño. La Información que es impo rtante compartir incluye las condiciones tales como las alergias de la picadura de abeja o alimentarias, los problemas de respiración, la diabetes, problemas de la atención, y cualquier otro problema de salud que podría interferir con el aprendizaje de su niño. Además, alertar a profesores a las medicaciones y a los tratamientos nos ayudará a cubrir su niño educativo y necesidades de la salud.

Escriba Por Favor toda la información que usted quiere compartido y firme abajo, para dar a su enfermera de la escuela el permiso para compartir la información de la salud sobre su niño con personales de la escuela. Y si usted tiene algunas preguntas o preocupaciones, llame por favor a su enfermera de la escuela.

Atentamente,

Enfermeras de la Escuela de Onteora
* *

Comparta Por Favor mi información de la salud de niño con su profesor y otros personales de la escuela. Este lanzamiento de la información es en efecto por el año escolar. Informaré a la oficina de salud cualquier cambio en la condición, la medicación, o el tratamiento de mi niño.

Condiciones de salud Adicionales, medicaciones, y tratamientos a compartir con los profesores y otros personales de la escuela: ***(Escriba Por Favor toda la información que usted quiere compartido en las líneas abajo.)***

_____

_____

_____

_____ _____
Nombre del Niño La Firma del Padre

_____ _____
Grado Fecha

****** VUELVA POR FAVOR A SU ENFERMERA DE LA ESCUELA *******

Servicios de Salud del Distrito Escolar Central de Onteora

Examen Físico

Estimado Padre/Guardián:

Un examen físico de cada nuevo iniciante en el Distrito Escolar Central de Onteora y para los estudiantes de los grados 2, 4, 7 y 10 es requerido por la Ley de Educación del Estado de Nueva York. Esto incluye a los estudiantes que se transfieren de otro distrito.

La Ley del Estado de Nueva York requiere que un médico con licencia certificada para practicar medicina en el Estado de Nueva York realice el examen físico. Una enfermera practicante o asistente médico, en colaboración con un médico, también pueden realizar el examen físico.

Su médico familiar es el más indicado para hacer este examen debido a que:

- Él/ella está familiarizado con su hijo y su historia.
- Él/ella cuenta con equipos en la oficina que no están disponibles en la escuela, incluyendo vacunas.
- Él/ella puede aconsejarle inmediatamente con respecto a cualquier condición que se encuentra necesitando atención.

Si su niño es examinado por su médico familiar, por favor solicite que él/ella anote las novedades en el formulario adjunto.

Los estudiantes en los grados 7 a 12 que consideran participar en actividades interescolares, por favor anoten cualquier información adicional en la página 2 del formulario de evaluación de salud.

Si este formulario no es devuelto a la escuela para el 1 de septiembre o 15 días después de la matrícula, la escuela se reserva el derecho de solicitar que el practicante medico escolar realice una evaluación médica de su hijo.

Examen Dental

Se recomienda un examen dental para los estudiantes. Si su hijo ve a un dentista, por favor complete y envíe el Certificado de Salud Dental opcional adjunto.

Administración de Medicamentos

Si surge la necesidad que un estudiante tome algún tipo de medicamento en la escuela, se deben seguir los siguientes pasos:

1. Se debe conseguir una orden por escrito del médico que incluya el nombre del estudiante, la medicación, la dosis y la hora que se le administre en la escuela y la vía de administración.

2. Usted, el padre/guardián, debe dar por escrito el permiso, con el fin de que sea administrado el medicamento en la escuela.
3. El medicamento debe ser enviado a la escuela en su envase original de la farmacia, debidamente identificado con el nombre del estudiante, la fecha prescrita, el nombre del medicamento, la dosis y las instrucciones para la aplicación.
4. El medicamento debe mantenerse en la oficina de salud en un gabinete cerrado bajo llave.
5. En ningún momento puede un estudiante tener medicamentos recetados o sin receta en su posesión (mejor dicho, Tylenol, aspirina, Advil, desinfectante de manos a base de alcohol, etc.).

El personal escolar no puede administrar los medicamentos incluyendo medicamentos de venta libre, a menos que se hayan cumplido las condiciones anteriores.

Algunas condiciones pueden exigir que un niño lleve y se auto-administre su medicación. Ejemplos de ello serían un inhalador para el asma grave o un Epi-pen para alergias graves por picaduras de abeja. La escuela debe tener conocimiento de estos medicamentos antes de un estudiante llevarlos a la escuela. Medicamentos para el TDAH, anticonvulsivos, y antibióticos son ejemplos de medicamentos libres de emergencia, y deben ser administrados por medio de la oficina de enfermería. Si usted cree que su niño tiene necesidades de salud con potencial de emergencia, por favor consulte con la enfermera de la escuela para desarrollar un plan de atención por emergencia. Los estudiantes no pueden poseer, consumir o distribuir cualquier tipo de medicamento sin la aprobación de la administración de la escuela y/o en la oficina de salud.

Una orden administrativa de medicamentos está incluida en el Formulario de Evaluación de Salud para que el médico de su hijo lo llene. También usted debe firmar donde está indicado en el formulario para que la medicación prescrita sea administrada en la escuela.

Estas políticas y procedimientos son necesarios para garantizar la salud y la seguridad de todo el alumnado. Agradecemos su cooperación y cumplimiento.

Formulario de Evaluación de Salud del Distrito Escolar Central de Onteora

FORMULARIO DE EXAMEN DE SALUD DEL ESTUDIANTE (Para ser completado por el médico privado o director médico de la escuela)

Nota: El NYSED requiere un examen físico para los nuevos participantes y estudiantes en el grado pre-escolar o Jardín de Infantes, o los grados 2, 4, 7 y 10, los deportes interescolares y permisos de trabajo.

Nombre: _____ FDN: _____ Género ☐ M ☐ F

Escuela: _____ Grado: _____ ☐ Sin Grado Fecha del Examen: _____

VACUNAS

☐ Registro de vacunas adjunta
☐ Vacunas reportadas en NYSIIS
☐ Vacunas no recibidas hoy

☐ Vacunas recibidas hoy;

☐Volveremos en: para recibir:

HISTORIA DE LA SALUD

☐ **Asma:** ☐ Intermitente ☐ Persistente ☐ Plan de Acción para el Asma Adjunta
☐ **Diabetes:** ☐ Tipo 1 ☐ Tipo **2** ☐ Hiperlipidemia ☐ Hipertensión ☐ Plan de Gestión Médico para el Diabetes
☐ **Convulsiones:** ☐ Tipo: _____ ☐ Última Ocurrencia: _____ ☐ Plan de Atención de Emergencia Adjunta
☐ **Alergias:** ☐ No Amenazan la Vida ☐ Amenazan la Vida ☐ Plan de Atención de Emergencia Adjunta
Tipo: ☐ Comida ☐ Insecto ☐ Látex ☐ Medicamento ☐ Estacional/Ambiental ☐ Otros:
Alérgenos (s): _____
☐ Hx de Anafilaxia: Última ocurrencia: _____ Síntomas anteriores: _____
Tratamiento prescrito: ☐ Ninguno ☐ Antihistamínico ☐ Auto inyector de Epinefrina

Información Significativa Médica/Quirúrgica:	**Pruebas de Diagnóstico**	**Positivo**	**Negativo**	**No Hecho**	**Fecha**
	Evaluación de Células Falciformes	☐	☐	☐	
	PPD	☐	☐	☐	
	Plomo Elevado:	☐	☐	☐	

☐ Visión en sólo un ojo ☐ Sólo funciona un riñón ☐ Un testículo ☐ Concusión - Última ocurrencia:

EXAMEN FÍSICO ***Fecha del examen _____***

Altura: Peso: PA: Pulso: Respiración:

Escoliosis: ☐ Negativo ☐ Positivo	**Visión**	**Derecha**	**Izquierda**	***Referencia***
Grado de desviación:	Agudeza a la distancia			☐ Sí ☐ No
Ángulo de rotación del tronco a través del escoliómetro:	Agudeza a la distancia con lentes			☐ Sí ☐ No
Categoría de Estado de Peso (BMI Percentil): ☐ <5 ☐ 85 – 94 ☐ 5 - 49 ☐ 95 – 98 ☐ 50 – 84 ☐ 99 y mas	Visión - visión de cerca			☐ Sí ☐ No
	Visión – percepción de color	☐ Pasa	☐ No Pasa	☐ Sí ☐ No
	Audición	**Derecha**	**Izquierda**	***Referencia***
	☐ Examen de barrido de 20 db a ambos oídos			☐ Sí ☐ No

Compruebe la etapa de desarrollo (SÓLO para el Proceso de Colocación Atlético para estudiantes de séptimo y octavo grado): **Tanner:** ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

☐ REVISIÓN DEL SISTEMA Y EXAMEN TOTALMENTE NORMAL ☐ Información adicional adjunta
Especifique cualquier anomalía:

RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA/DEPORTES/ PATIO DE JUEGO/ TRABAJO

☐ **Actividad Completa** sin restricciones, incluyendo la Educación Física y Atletismo.

☐ **Restricciones/Adaptaciones**. Por favor basar las restricciones/modificaciones en las siguientes Categorías de Deportes Intercolegiales.

- ☐ **Deportes Sin Contacto** incluye: baloncesto, béisbol, hockey en hierba, hockey en hielo, lacrosse, fútbol, fútbol americano, softbol, voleibol, la competencia de porristas y la lucha libre
- ☐ **No Deportes Sin Contacto** incluye: arquería, bolos, carrera campestre, golf, gimnasia, rifle, la natación y salto, esquí, tenis, atletismo, esgrima, bádminton
- ☐ **Otras Restricciones Específicas**:

Acomodaciones / Equipo de Protección:	☐ Protector Atlético	☐ Bomba de Insulina/ Sensor de Insulina	☐ Marcapasos
	☐ Aparatos Ortopédicos/Ortosis	☐ Dispositivos Médicos/Protésicos	☐ Gafas de Seguridad Deportivas
	☐ Audífonos	☐ Otros:	

HISTORIA DE MEDICAMENTOS (opcional)
Por favor escriba los nombres de los medicamentos recetados o de venta libre utilizados de forma rutinaria en el hogar

_____ _____

_____

SOLICITUD DEL PROVEEDOR DE LOS MEDICAMENTOS NECESARIOS DURANTE LA ESCUELA y ACONTECIMIENTOS PATROCINADOS POR LA ESCUELA – VALIDO POR 1 AÑO

Diagnóstico	Código ICD	Nombre del Medicamento	Dosis	Ruta	Tiempo

Transporte Independiente y Opción de Uso: La ley del Estado de NY requiere la certificación del proveedor que el estudiante ha demostrado que se puede efectivamente auto-administrar la medicación inhalada para rescate respiratorio, auto-inyector de epinefrina, insulina, glucagón y suministros para la diabetes u otros medicamentos que requieren una administración rápida, junto con el permiso del padre/guardián para permitir esta opción en las escuelas.

☐ **Se adjunta la documentación requerida de la certificación del Transporte y Uso Independiente.**

PERMISO REQUERIDO DEL PADRE/GUARDIÁN PARA EL USO DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Permiso del padre/guardián: Solicito que la enfermera de la escuela administre los medicamentos que aparecen en este plan; o después que la enfermera determine que mi hijo puede tomar sus propios medicamentos, el personal capacitado puede ayudar a mi hijo a tomar sus propios medicamentos. Yo proporcionaré la medicina en el contenedor original de la farmacia o de venta libre. Este plan será compartido con el personal cuidando a mi hijo.

Firma del Padre/Guardián: _____

PROVEEDOR DE CUIDADOS DE SALUD

Toda la información contenida en este documento es válida hasta el último día del mes durante 12 meses a partir de la fecha a continuación.

Firma del Proveedor Médico: _____ Fecha: _____
Nombre del Proveedor: (en letra de imprenta): _____ # Tel: (___)
Dirección del Proveedor: _____ # Fax: (___) _____

Devuelva a:
Enfermera de La Escuela: _____ Escuela: _____
Tel: ( ) _____ Fax: ( ) _____ Fecha: _____

A menos que usted indique lo contrario, las informaciones contenidas en este formulario serán compartidos en una base de "Necesidad de Saber", donde la seguridad y el bienestar de su hijo puede estar en juego.
Revisado 11/5/15

Onteora Central School District Health Appraisal Form

STUDENT HEALTH EXAMINATION FORM (To be completed by private health care provider or school medical director)

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades pre-K or K, 2, 4, 7 & 10, interscholastic sports and working papers.

Name: _____ DOB: _____ Gender: ☐M ☐F

School: Grade: ☐No Grade

IMMUNIZATIONS

☐ Immunization record attached

☐ Immunizations reported on NYSIIS

☐ No immunizations received today

☐Immunizations received today:

☐Will return on: to receive:

HEALTH HISTORY

☐**Asthma**: ☐Intermittent ☐Persistent ☐Asthma Action Plan Attached

☐**Diabetes**: ☐Type I ☐ Type 2 ☐Hyperlipidemia ☐Hypertension ☐Diabetes Medical Mgmt Plan Attached

☐**Seizures** Type:_____ Last Occurrence:_____ ☐Emergency Care Plan Attached

☐**Allergies**: ☐Non Life-Threatening ☐Life-Threatening ☐Emergency Care Plan Attached

Type: ☐Food ☐Insect ☐Latex ☐Medication ☐Seasonal/Environmental ☐Other:

Allergen(s): _____

☐Hx of Anaphylaxis: Last occurrence:_____ Previous symptoms: _____

Treatment prescribed: ☐None ☐Antihistimine ☐Epinephrine Autoinjector

Significant Medical/Surgical Information:	**Diagnostic Tests**	**Positive**	**Negative**	**Not Done**	**Date**
	Sickle Cell Screen	☐	☐	☐	
	PPD	☐	☐	☐	
	Elevated Lead:	☐	☐	☐	

☐Vision one eye only ☐One functioning kidney ☐One testicle ☐Concussion - Last occurrence:

PHYSICAL EXAMINATION - *****EXAM DATE _____*****

Height: **Weight:** **BP:** **Active Pulse:** **Resting Pulse:** **Respirations:**

Scoliosis: ☐Negative ☐Positive

Degree of deviation:

Angle of trunk rotation via scoliometer:

Weight Status Category (BMI Percentile):

BMI_____ Percentile_____

☐<5th ☐5th—49th ☐50th—84th

☐85th—94th ☐95th—98th ☐99th & higher

Vision	**Right**	**Left**	***Referral***
Distance acuity			☐Yes ☐No
Distance acuity with lenses			☐Yes ☐No
Vision - near vision			☐Yes ☐No
Vision - color perception	☐ Pass	☐ Fail	☐Yes ☐No
Hearing	**Right**	**Left**	***Referral***
☐ 20 db sweep screen both ears or			☐Yes ☐No

Check developmental stage (ONLY for Athletic Placement Process for 7th & 8th graders): **Tanner**: ☐I ☐ II ☐III ☐IV ☐V

Hernia check ☐ WNL ☐ Abnormal Specify any abnormalities:

☐ SYSTEM REVIEW AND EXAM ENTIRELY NORMAL ☐ Additional information attached

Specify any abnormalities:

RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK

☐ **Full Activity** without restrictions including Physical Education and Athletics.

☐ **Restrictions/Adaptations.** Please base restrictions/modifications on the following Interscholastic Sports Categories.

- ☐ **No Contact Sports** includes: basketball, baseball, field hockey, ice hockey, lacrosse, soccer, football, softball, volleyball, competitive cheerleading and wrestling
- ☐ **No Non-Contact Sports** includes: archery, bowling, cross-country, golf, gymnastics, rifle, swimming and diving, skiing, tennis, track & field, fencing, badminton
- ☐ **Other Specific Restrictions**:

Accommodations / Protective Equipment:	☐Athletic Cup	☐Insulin Pump/Insulin Sensor	☐Pacemaker
	☐Brace/Orthotic	☐Medical /Prosthetic Device	☐Sports Safety Goggles
	☐Hearing Aides	☐Other:	

MEDICATION HISTORY (optional)

Please list names of prescribed or OTC medications used on a routine basis at home

_____ _____

_____ _____

PROVIDER REQUEST FOR MEDICATION REQUIRED DURING SCHOOL/SCHOOL SPONSORED EVENTS - VALID 1 YEAR

Diagnosis	ICD Code	Medication Name	Dose	Route	Time

Independent Carry and Use Option: NYS law requires both provider attestation that the student has demonstrated they can effectively self-administer inhaled respiratory rescue medication, epinephrine autoinjector, insulin, glucagon and diabetes supplies, or other medications requiring rapid administration along with parent/guardian permission to allow this option in schools.

☐ **Required Independent Carry and Use Attestation documentation is attached.**

REQUIRED PARENT/GUARDIAN PERMISSION FOR MEDICATION USE AT SCHOOL

Parent/Guardian Permission: I request the school nurse give the medications listed on this plan; or after the nurse determines my child can take their own medications, trained staff may assist my child to take their own medications. I will provide the medication in the original pharmacy or over the counter container. This plan will be shared with staff caring for my child

Parent/Guardian Signature:

HEALTH CARE PROVIDER

All information contained herein is valid through the last day of the month for 12 months from the date below.

Medical Provider Signature: _____ Date: _____

Provider Name: (please print): _____ Phone #: ( ) _____

Provider Address: _____ Fax #: ( ) _____

Return to:

School Nurse: _____ School: _____

Phone #: ( ) Fax: ( ) Date:

Unless you indicate otherwise, information contained on this form will be shared on a "Need to Know" basis where the safety and welfare of your child may be at stake.

Revised 11/5/15

Distrito Escolar Central de Onteora

Bennett	**657-2354**	**Middle/High School**	**657-2373**
Fenicia	**688-5580**	**Woodstock**	**679-2316**

PERMISOS REQUERIDOS DEL PROVEEDOR Y LOS PADRES PARA EL TRANSPORTE Y USO INDEPENDIENTE DE MEDICAMENTOS

Instrucciones para el Proveedor Médico: Este formulario se puede utilizar como una adición a una orden de medicación que no contiene el diagnóstico y la certificación requerida para que un estudiante transporte y use su medicación independientemente como exige la ley del Estado de NY. Se necesita una **orden del proveedor** y **el permiso del padre/guardián** para que un estudiante pueda transportar y usar medicamentos que requieren una administración rápida para evitar resultados que sean negativos para la salud. Estos medicamentos deben ser identificados marcando las casillas correspondientes a continuación.

Nombre del Estudiante: _____ **FDN:** _____

Permiso del Proveedor Médico para el Transporte y Uso Independiente

Doy fe de que este estudiante me ha demostrado que puede auto-administrarse los medicamentos que se enumeran a continuación con seguridad y eficacia, y puede transportar y utilizar estos medicamentos (con un dispositivo de suministro si es necesario) de forma independiente en cualquier actividad en la escuela o patrocinada por la escuela con ninguna supervisión por parte del personal de la escuela. Esta orden se aplica a los medicamentos marcados a continuación:

Este estudiante es diagnosticado con:

☐ Alergias y requiere Auto-inyector de Epinefrina

☐ Asma o enfermedad respiratoria y requiere Medicamentos Inhalados para Rescate Respiratorio

☐ Diabetes y requiere Insulina / Glucagón / Suministros de Diabetes

☐ _____ que requiere la administración rápida de _____
(Declare el Diagnóstico) (Nombre del Medicamento)

Firma: _____ Fecha: _____

Permiso del Padre/Guardián para el Transporte y Uso Independiente

Estoy de acuerdo que mi hijo puede utilizar con eficacia su medicación y puede usar y transportar esta medicina de forma independiente en cualquier actividad de la escuela o patrocinada por la escuela sin la supervisión del personal de la escuela.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor regrese a la Enfermera de la Escuela:

Enfermera de la Escuela:		Escuela:
# Teléfono:	Fax:	Email:

Revisado 11/18/2015

Onteora Central School District

Bennett	**657-2354**	**Middle/High School**	**657-2373**
Phoenicia	**688-5580**	**Woodstock**	**679-2316**

PROVIDER AND PARENT PERMISSIONS
REQUIRED FOR INDEPENDENT MEDICATION CARRY AND USE

Directions for the Health Care Provider: This form may be used as an addendum to a medication order which does not contain the required diagnosis and attestation for a student to independently carry and use their medication as required by NYS law. A **provider order** and **parent/guardian permission** is needed in order for a student to carry and use medications that require rapid administration to prevent negative health outcomes. These medications should be identified by checking the appropriate boxes below.

Student Name: _____ **DOB:** _____

Health Care Provider Permission for Independent Use and Carry

I attest that this student has demonstrated to me that they can self-administer the medication(s) listed below safely and effectively, and may carry and use this medication (with a delivery device if needed) independently at any school/school sponsored activity. Staff intervention and support is needed only during an emergency. This order applies to the medications checked below:

This student is diagnosed with:

- ❑ Allergy and requires Epinephrine Auto-injector
- ❑ Asthma or respiratory condition and requires Inhaled Respiratory Rescue Medication
- ❑ Diabetes and requires Insulin/Glucagon/Diabetes Supplies
- ❑ _____which requires rapid administration of _____

(State Diagnosis)
(Medication Name)

Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Permission for Independent Use and Carry

I agree that my child can use their medication effectively and may carry and use this medication independently at any school/school sponsored activity. Staff intervention and support is needed only during an emergency.

Signature: _____ Date: _____

Please return to School Nurse:

School Nurse:		School:
Phone #:	Fax:	Email:

Revised 11-18-15

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE ONTEORA

High School/Middle School — (845) 657-2373, Bennett Elementary - 657-2354, Phoenicia Elementary - 688-5580, Woodstock Elementary 679-2316

Certificado Médico Dental - Opcional

Padre / Guardián: La Ley del Estado de Nueva York (Capítulo 281) permite a las escuelas pedir un examen dental en los grados siguientes: entrada a la escuela, Jardín, 2, 4, 7, y 10. Su niño puede tener un chequeo dental durante este año escolar para evaluar su aptitud para asistir a la escuela. Complete por favor la Sección 1 y lleve el formulario a su dentista para una evaluación. Si su niño tuvo un chequeo dental antes de que él empezara la escuela, pida que su dentista complete Sección 2. Regrese el formulario completado al director de la escuela o a la enfermera de la escuela cuanto antes posible.

Sección 1. Para ser terminado por Padre o Guardián (Imprima Por Favor)

El Nombre del Niño: Apellido Primero Segundo

Fecha de Nacimiento: / / Mes Día Año | Género: ☐ Masculino | ¿Éste será su niño primero visita a un dentista? ☐ Sí ☐ No

Escuela: Nombre | Grado

¿Usted ha notado problema en la boca que interfiere con la capacidad de su niño de masticar, de hablar o de centrarse en actividades de escuela? 0 Sí 0 No

Entiendo que firmando este impreso estoy consintiendo para que el niño nombrado arriba reciba una evaluación ☒básica de salud **oral**. Entiendo que esta evaluación es solamente un medio limitado de evaluación para evaluar la salud dental del estudiante, y necesitaría conseguir los servicios de un dentista para que mi niño reciba un examen dental completo con radiografías en caso de necesidad para mantener buena salud oral.

También entiendo que recibiendo esto esta evaluación preeliminaría de salud oral no establece una relación nueva, en curso o de continuación de doctor-paciente. Además, no culparé el dentista o aquellos que realizan esta evaluación responsable de las consecuencias o de los resultados si elijo NO seguir las recomendaciones enumeradas abajo.

Firma del Padre Fecha

Sección 2. Debe ser completada por el Dentista

I. La condición de Salud Dental de _____ en _____ (fecha del examen) El día del examen debe ser dentro de 12 meses del principio del año escolar en el cual esta pedido. Cheque uno:

☐ Sí, El estudiante listado arriba está en buena condición de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

☐ No, El estudiante listado arriba no está en buena condición de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

NOTA: No en buena condición de salud dental significa que existe una condición que interfiere con la habilidad del estudiante de masticar, hablar o enfocarse en actividades escolares incluyendo dolor, hinchazón o infección relacionada a evidencia clínica de caries abiertas. La designación de no en buena condición de salud dental para permitir asistencia a la escuela publica no excluye al estudiante de asistir a la escuela.

Nombre del Dentista y dirección (por favor imprima o selle) | Firma del Dentista

Secciones Opcionales - Si usted acuerda compartir esta información con la escuela de su niño, por favor ponga sus iniciales aquí. ☐

II. Estado de Salud Oral (cheque todos los que aplican).

☐ Sí ☐ No **Historia de Experiencia de Caries/Restauración** - ¿Ha tenido el niño alguna cavidad (tratada o no tratada? (Relleno (temporario/permanente) O un diente que falta porque fue extraído como resultado de caries O una carie abierta).

☐ Sí ☐ No **Carie No Tratada** - ¿Tiene este niño una cavidad abierta? [Por lo menos 1/2 milímetro de pérdida de la estructura del diente en el esmalte? Coloración marrón a marrón oscuro de las paredes de la lesión. Estos criterios se aplican a los hoyos y a las lesiones formadas cavidades grieta en superficies lisas del diente. Si está conservada la raíz, asume que el diente entero fue destruido por la carie. Los dientes quebrados o picados con rellenos temporales, se consideran sanos a menos que una lesión formada por cavidades esté también presente].

☐ Sí ☐ No **Sellantes Dentales Presentes**

Otros problemas (Especifique):

III. Necesidades de Tratamiento (cheque todo lo que aplica)

☐ Ningún problema obvio. Se recomienda el cuidado dental rutinario. Visite a su dentista regularmente.

☐ Pueda necesidad cuidado dental. Por favor haga una cita con su dentista cuanto antes para una evaluación.

☐ Se requiere cuidado dental Inmediato. Por favor haga una cita con su dentista inmediatamente para evitar problemas.

ONTEORA CENTRAL SCHOOL DISTRICT

High School/Middle School – (845)657-2373, Bennett Elementary - 657-2354, Phoenicia Elementary - 688-5580, Woodstock Elementary 679-2316

Dental Health Certificate- Optional

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, K, 2, 4, 7, & 10. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name: Last First Middle

Birth Date: / / Month Day Year

Sex: ☐ Male ☐ Female

Will this be your child's first visit to a dentist? ☐ Yes ☐ No

School: Name

Grade

Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? ☐ Yes ☐ No

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature_____ Date

Section 2. To be completed by the Dentist

I. The Dental Health condition of _____ on _____ (date of exam) The date of the exam needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

☐ Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

☐ No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's name and address (please print or stamp) | Dentist's Signature

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.

II. Oral Health Status (check all that apply).

☐ Yes ☐ No **Caries Experience/Restoration History –** Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].

☐ Yes ☐ No **Untreated Caries –** Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].

☐ Yes ☐ No **Dental Sealants Present**

Other problems (Specify):_____

III. Treatment Needs (check all that apply)

☐ No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.

☐ May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.

☐ Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.