

# 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 Oteora 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 (REV. 04/2015)

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.**



# Onteora Central School District

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

Estimados Padres/Guardianes,

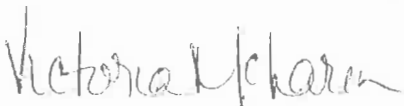
¡Bienvenido! Con el fin de estar inscrito en el Distrito Escolar Central de Onteora, debe residir dentro de los límites del Distrito. Se **requiere** prueba de residencia para el registro para completar la inscripción y se debe presentar dentro de los tres días de registro inicial. Al menos dos documentos 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

Oficial de Residencia / Asistente del Superintendente para Negocios

[illegible]

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

- Parent/Guardian: \_\_\_\_\_
- Parent/Guardian: \_\_\_\_\_

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

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

(Signature of Property Owner/Landlord/Property Manager)

(Print Name) \_\_\_\_\_

(Title)

Sworn to before me this \_\_\_\_\_  
Day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

(Notary Public)

# Notary Stamp

# Distrito Escolar Central de Oteora — Formulario de Inscripción

Confidencial

Estudiante #: \_\_\_\_\_

## Información del Estudiante

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre Legal:</b><br>como aparece en la<br>Partida de Nacimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Apodo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> Ambos Padres en la misma dirección <input type="checkbox"/> Ambos Padres en direcciones separada<br><b>Reside con</b> <input type="checkbox"/> Padre A <input type="checkbox"/> Padre B <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Padre(s) Adoptivo(s)                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Custodia del Estudiante</b> <input type="checkbox"/> Custodia Única del Padre/Guardián A asignada por la corte listado debajo<br><input type="checkbox"/> Custodia Legal Compartida/Custodia Física Primaria es con el Padre/Guardián A listado debajo<br><input type="checkbox"/> Custodia Legal Compartida/Custodia Física Compartida (Note: La Residencia Primaria será usada para Transportación)<br><input type="checkbox"/> Informal, no hay ordenes de la corte en efecto |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> _____<br><br><b>Género:</b> Masculino / Femenino<br><br><b>Documentos de Custodia (si aplica):</b> Sí / No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>¿Es el estudiante Hispano/Latino o de origen Español? Sí / No</b><br><b>Raza (cheque por lo menos una, puede checar todas las que aplican):</b><br><input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Asiático<br><input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano<br><input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo u Otro Isleño del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Blanco (Caucásico) |
| <b>Si el estudiante nació en USA o sus territorios:</b><br><br><b>Ciudad de Nacimiento:</b> _____<br><br><b>Estado/Territorio de Nacimiento:</b> _____<br><br>Territorios de USA incluyen: Samoa Americana, Guam, Islas Marianas del Norte, Puerto Rico, Islas Menores Alejadas de USA, Islas Virgenes de USA                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## Padre/Guardián A (Residencia Primaria del Estudiante)

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre Completo</b><br><b>Dirección Física</b><br><b>Ciudad/ Estado/Código Postal</b><br><b>Dirección de Correo (si es diferente)</b><br><b>Ciudad/ Estado/Código Postal</b><br><b>Teléfono de Casa</b> <b>Teléfono de trabajo</b> | <b>Relación del Padre/Guardián A al estudiante (cheque una):</b><br><input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre<br><input type="checkbox"/> Madre Adoptiva <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo<br><input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo<br><input type="checkbox"/> Guardián Legal Asignado por la corte<br><input type="checkbox"/> Otro<br><br><b>¿El estudiante vive con este padre?</b><br><div style="text-align: right;">Todo el Tiempo/Parte del Tiempo</div> |
| <b>Teléfono Celular</b> <b>Email</b>                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## Padraastro Vive en esta Dirección (si es aplicable)

|                        |                                                       |
|------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Nombre Completo</b> | <b>Teléfono de Trabajo</b><br><b>Teléfono Celular</b> |
|------------------------|-------------------------------------------------------|

## Padre/Guardián B (Residencia Primaria del Estudiante)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre Completo</b><br><b>Dirección Física</b><br><b>Ciudad/ Estado/Código Postal</b> <input type="checkbox"/> Ubicación Desconocida<br><b>Dirección de Correo (si es diferente)</b><br><b>Ciudad/ Estado/Código Postal</b><br><b>Teléfono de Casa</b> <b>Teléfono de trabajo</b> | <b>Relación del Padre/Guardián A al estudiante (cheque una):</b><br><input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre<br><input type="checkbox"/> Madre Adoptiva <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo<br><input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo<br><input type="checkbox"/> Guardián Legal Asignado por la corte<br><input type="checkbox"/> Otro<br><br><b>¿Misma residencia que Padre/Guardián A?</b> <span style="float: right;">Sí / No</span><br><b>Si es No,</b><br><b>¿Estudiante vive con este padre?</b> <span style="float: right;">Todo el Tiempo / No</span><br><b>¿Se debe enviar correspondencia a esta dirección?</b> <span style="float: right;">Sí / No</span> |
| <b>Teléfono Celular</b> <b>Email</b>                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## Padraastro Vive en esta Dirección (si es aplicable)

|                        |                                                       |
|------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Nombre Completo</b> | <b>Teléfono de Trabajo</b><br><b>Teléfono Celular</b> |
|------------------------|-------------------------------------------------------|

**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/<br>Estado/<br>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 período 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 Oteora**  
**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 Oteora 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.

|          |                         |                            |
|----------|-------------------------|----------------------------|
| <b>#</b> | <b>Nombre</b>           | <b>Relación al</b>         |
| <b>1</b> | <b>Completo</b>         | <b>Estudiante</b>          |
|          | <b>Teléfono de Casa</b> | <b>Teléfono Celular</b>    |
|          |                         | <b>Teléfono de Trabajo</b> |
| <b>#</b> | <b>Nombre</b>           | <b>Relación al</b>         |
| <b>2</b> | <b>Completo</b>         | <b>Estudiante</b>          |
|          | <b>Teléfono de Casa</b> | <b>Teléfono Celula</b>     |
|          |                         | <b>Teléfono Celular</b>    |
| <b>#</b> | <b>Nombre</b>           | <b>Relación al</b>         |
| <b>3</b> | <b>Completo</b>         | <b>Estudiante</b>          |
|          | <b>Teléfono de Casa</b> | <b>Teléfono Celula</b>     |
|          |                         | <b>Teléfono Celular</b>    |

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 Oteora**  
**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 él? ☐ 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:



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:**

**GÉNERO:**

Mes Día Año

☐ 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)

- ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?  
☐ Inglés ☐ Otro especifique
- ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?  
☐ Inglés ☐ Otro especifique
- ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?  
☐ Madre especifique ☐ Padre especifique  
☐ Tutor(es) especifique
- ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?  
☐ Inglés ☐ Otro especifique
- ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?  
☐ Inglés ☐ Otro especifique ☐ No sabe hablar
- ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?  
☐ Inglés ☐ Otro especifique ☐ No sabe leer
- ¿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:**

**STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:**

District Name (Number) & School

Address

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.

☐ *Si\**    ☐ *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 Jardín 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 Jardín 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 físico se requiere para todos los estudiantes nuevo entrantes y estudiantes en Jardín 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 Jardín 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



**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? \_\_\_\_\_

[illegible]

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

**Condición:**

## Alergias

## Visión

### Audición / Condiciones del Oído

## Asma/ Problemas de Respiración

## Dificultades del Habla

## Problemas de Sangrado

## Problemas de Conducta

## Convulsiones / Problemas Nerviosos

## Problemas Renales

## Diabetes

## Problemas de Comer

## Resfriados Frecuentes/Dolor de Garganta

## Problemas del Corazón

## Otro

NO ☐

NO ☐

NO ☐

NO ☐

NO ☐

NO ☐

NO ☐

NO ☐

NO ☐

NO ☐

NO ☐

NO ☐

NO ☐

NO ☐

**Explicación:**

[illegible]

¿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 6-8  | Grados 9-12 |
|------------------------------------------------|----------------------|------------|-------------|-------------|
| 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  
Karen Hansen, RN  
Suellen Elmendorf, RN  
Marcia Panza, RN  
Sabrina Blakely, RN

Oficina de Salud de la Escuela Superior  
Oficina de Salud de la Escuela Intermedia  
Oficina de Salud Bennett  
Oficina de Salud Woodstock  
Oficina de Salud Phoenicia

657-2372  
657-2373  
657-2354  
679-2316  
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  
Bennett Elementary — 657-2354

Phoenicia Elementary — 688-5580  
Woodstock Elementary 679-2316

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

Estimado Padre /Guardián:

El Distrito Escolar de Onteora está utilizando un programa de la gestión de registros 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 importante 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 Oteora

**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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
|                                              | PPD                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
|                                              | Plomo Elevado:                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |

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

**EXAMEN FÍSICO \*\*\*Fecha del examen \_\_\_\_\_\*\*\***

**Altura: Peso: PA: Pulso: Respiración:**

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

- |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Immunization record attached<br><input type="checkbox"/> Immunizations reported on NYSIIS<br><input type="checkbox"/> No immunizations received today | <input type="checkbox"/> Immunizations received today:<br><hr/> <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
|                                           | PPD                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
|                                           | Elevated Lead:     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

☐ 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: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive<br>Degree of deviation:<br>Angle of trunk rotation viascoliometer:                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |     |               | Vision                                                   | Right                         | Left                          | Referral                                                 |  |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |     |               | Distance acuity                                          |                               |                               | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |  |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |     |               | Distance acuity with lenses                              |                               |                               | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |  |                                                          |
| Weight Status Category (BMI Percentile):<br>BMI _____ Percentile _____<br><input type="checkbox"/> <5 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>th</sup> —49 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 50 <sup>th</sup> —84 <sup>th</sup><br><input type="checkbox"/> 85 <sup>th</sup> —94 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 95 <sup>th</sup> —98 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 99 <sup>th</sup> & higher |         |     |               | Vision - near vision                                     |                               |                               | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |  |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |     |               | Vision - color perception                                | <input type="checkbox"/> Pass | <input type="checkbox"/> Fail | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |  |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |     |               | Hearing                                                  | Right                         | Left                          | Referral                                                 |  |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |     |               | <input type="checkbox"/> 20 db sweep screen both ears or |                               |                               |                                                          |  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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

☐ Brace/Orthotic

☐ Hearing Aides

☐ Insulin Pump/Insulin Sensor

☐ Medical /Prosthetic Device

☐ Other:

☐ Pacemaker

☐ Sports Safety Goggles

**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: \_\_\_\_\_

## Distrito Escolar Central de Oteora

Bennett 657-2354  
Fenicia 688-5580

Middle/High School 657-2373  
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: |

## Onteora Central School District

Bennett 657-2354  
Phoenicia 688-5580

Middle/High School 657-2373  
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 ☐ Femenino ¿Este 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? ☐ Sí ☐ 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:                                                                                                                                                                                | / | / | Sex: <input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female | Will this be your child's first visit to a dentist? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |        |
| Month Day Year                                                                                                                                                                             |   |   |                                                                       |                                                                                                              |        |
| 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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.