

HALDANE CENTRAL SCHOOL DISTRICT
COLD SPRING, NEW YORK 10516
Lista de verificación de registro de nuevos
estudiantes

Grado: _____

Nombre del/la estudiante: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Favor de usar esta lista de verificación para asegurarse de tener todos los materiales necesarios para matricularse. Los estudiantes no podrán comenzar las clases hasta que toda la información a continuación haya sido obtenida, enviada y aprobada. Toda la documentación debe ser devuelta a la registradora en la Oficina del Distrito. Pueden comunicarse con la registradora al 845-265-9254, ext. 111 con cualquier pregunta.

- _____ Formulario de información de registro debidamente llenado
- _____ Certificado de nacimiento
- _____ Verificación de residencia
 - Propietarios (se requieren 3 documentos)
 - Inquilinos: consultar el formulario **requisitos** (Requirements) **para verificar la residencia** para más instrucciones (se requieren 4 documentos)
- _____ Denegación de cobertura de medios de comunicación/formulario de exclusión voluntaria para estudiantes
- _____ Formulario de divulgación de información debidamente llenado para registros del distrito escolar anterior
- _____ Cuestionario: Idioma del hogar (si aplica)
- _____ Información médica:
 - _____ Historial de salud
 - _____ Cuestionario de audición/visión
 - _____ Informe del examen físico (incluido el registro de vacunas)
 - _____ Autorización de emergencia
 - _____ Exención (yoduro de potasio)
- _____ Libreta de calificaciones más reciente
- _____ Plan de educación individualizado o 504 (proporcionar documentación, si corresponde)
 - *Aviso de educación especial: Tener en cuenta que, según la sección 4402 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York, todos los padres que sospechan que sus hijos pueden tener una discapacidad tienen derecho a recibir una evaluación de educación especial y presentar una recomendación al Comité de Educación Especial.
- _____ Información sobre el almuerzo gratis/precio reducido (si corresponde)
- _____ Rutas de autobuses

Exclusivamente para uso oficial

Added to Power School _____ Email to Enrollment Group _____
(Date) (Date)

Medical Information has been reviewed and is complete. _____

Folder Provided to Building Principal _____
School Nurse
Date



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE HALDANE

COLD SPRING, NY 10516 (845)
265-9254

Grade level	_____	_____
Entry Date	_____	_____
date	_____	_____

NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

DOMICILIO DEL HOGAR: _____

_____ CIUDAD/CÓDIGO _____ POSTAL: _____

_____ NIVEL _____ DE _____ GRADO: _____

DOMICILIO POSTAL: _____

(SI ES DIFERENTE): _____

_____ CIUDAD/CÓDIGO _____ POSTAL: _____

_____ TELÉFONO _____ DEL _____ HOGAR/PRIMARIO: _____

_____ FECHA _____ DE _____ NACIMIENTO

_____ EDAD _____ LUGAR _____ DE _____ NACIMIENTO:

_____ GÉNERO: (M/F) ES EL NIÑO O NIÑA SIN TECHO (S/N): _____ IDIOMA PRINCIPAL DEL

HOGAR: _____ AÑOS _____ EN _____ LAS _____ ESCUELAS _____ DE _____ EE.UU: _____

_____ ESCUELA _____ ANTERIOR: _____

RAZA(S): ¿Es hispano/a o latino/a? Sí ☐ No ☐

Indígena de EE.UU ☐ Asiático/a ☐ Negro/a ☐ Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico ☐

Blanco ☐ Hispano/a ☐

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Nombre completo

Padres/Tutores: _____

¿Es este padre o madre miembro activo de las fuerzas armadas? Sí/No

En caso afirmativo, fecha en que entró en servicio activo: _____

Relación con el/la niño/a: _____

Nombre completo

Padres/Tutor: _____

¿Es este padre o madre miembro activo de las fuerzas armadas? Sí/No. En

caso afirmativo, fecha en que entró en servicio activo: _____

Relación con el/la niño/a: _____

Teléfono celular: _____

Lugar de Empleo: _____

El niño o niña vive con: Ambos padres ☐ Padre ☐ Madre ☐

Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono celular: _____

Lugar de Empleo: _____

Teléfono del trabajo: _____

_____ -Correo electrónico: _____

Otros _____

(Si un padre o madre sin custodia solicita información duplicada de la escuela, proporcionar el nombre y la dirección)

Enumerar a continuación todos los niños de su familia desde el nacimiento hasta los 21 años. NOTA: Si se necesita más espacio, adjuntar.

Apellido, Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Género M/F	Grado	Nombre de la escuela a la que el niño o niña asistirá

¿Su hijo/a ha asistido alguna vez a la escuela en otros distritos? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, por favor enumere: _____

¿Está su hijo/a actualmente bajo suspensión de otro distrito escolar? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, por favor explíquelo: _____

_____ ¿Él/ella ha repetido grados?: Sí ☐ No ☐ ¿Alguna vez ha sido recomendado/a para una evaluación de educación especial?

Sí ☐

No ☐

Si fue recomendado/a para una evaluación, ¿ha recibido anteriormente algún servicio de educación especial? IEP 504 Otros

Tipo de servicio recibido: _____

(Proporcionar una copia del plan con esta aplicación).

Edad en la que recibió los servicios (marcar todo lo que corresponda):

☐ Nacimiento a 3 años (intervención temprana) ☐ 3 a 5 años (educación especial) ☐ 6 años o más (educación especial) ¿Alguna vez recibió clases de recuperación de matemática? Sí ☐ No ☐

¿Ha recibido alguna vez servicios de recuperación de lectura y/o redacción? Si ☐ No ☐

¿Ha recibido alguna vez servicios de habla o lenguaje? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, por favor explíquelo: _____

¿Alguna vez ha recibido servicios de inglés como nuevo idioma (ENL)? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, por favor explíquelo: _____

¿Alguna vez su hijo ha tenido dificultades en la escuela (asistencia, comportamiento, académico, etc.)? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, por favor explíquelo: _____

¿Existen circunstancias o experiencias en la vida de su hijo/a que puedan afectar el desempeño en la escuela? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, explicar: _____

En un esfuerzo por conocer mejor a su hijo/a, favor de utilizar el área a continuación para ofrecer información adicional que desee compartir con nosotros.

Por la presente doy fe de que toda la información de registro proporcionada al Distrito Escolar Central de Haldane para el/la niño/a nombrado/a en este formulario es correcta. Entiendo que proporcionar cualquier información falsa le prohibirá a este/a estudiante ingresar a nuestras escuelas y puede resultar en otras sanciones.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha: _____

HALDANE CENTRAL SCHOOL DISTRICT
15 Craigside Drive
Cold Spring, New York 10516
Divulgación de información

Esta es una solicitud de registros para la siguiente persona.

Nombre del/la estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
asistirá

a: Haldane Central School District, Cold Spring, NY 10516

Nombre, dirección, teléfono y fax de la escuela anterior:

Dirección y teléfono residencial actual:

Estos registros deben incluir:

Registros de educación regular	Registros de educación especial
Registros de educación regular	IEP actual
Registros de salud acumulativos	Evaluación psicológica más reciente
Registros de asistencia	Historial social
Certificado de nacimiento	manuscritos (Scripts)
Puntajes de los exámenes del estado de Nueva York	Evaluaciones de servicios relacionados
Escuela secundaria (además de lo anterior)	Otras evaluaciones
Transcripciones Oficiales	Otro:
Grados al terminar (si aplica)	
Documentación de laboratorios de ciencias (prueba de horas)	

Autorizo que los registros escolares del estudiante mencionado/a anteriormente se envíen al Distrito Escolar Central de Haldane, c/o Sra. Jessie DesMarais, 15 Craigside Drive, Cold Spring, NY 10516 o (Fax 845-265-9213) con el propósito de matriculación escolar. Pueden comunicarse con la Sra. Des Marais, Registradora, al 845-265-9254, ext. 111 con cualquier pregunta.

Firmado: _____

Relación con el/la estudiante _____ Fecha _____



VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DE RESIDENCIA

El Distrito Escolar Central de Haldane requiere prueba de residencia y puede hacer una investigación razonable para verificar la residencia y la elegibilidad para la admisión a sus escuelas.

Para verificar la residencia al momento de la inscripción se requiere lo siguiente:

A. Para propietarios de viviendas: debe presentar tres (3) documentos, como sigue:

Recibo de impuestos sobre bienes inmuebles o declaración de cierre firmada por el abogado y escritura (incluida la portada del registro del condado de Westchester o del condado de Putnam)

Y

Dos (2) de los siguientes documentos vigentes a nombre del Propietario:

Estado hipotecario	Certificado de seguro de propiedad
Factura de servicios públicos	Factura de gasoil
Formulario W2 reciente de no conductor	Licencia de conducir, permiso de aprendizaje, N° de identificación
Factura de televisión por cable	(con la nueva dirección)

Noten: No se aceptarán los documentos con sólo la dirección de casilla postal.

B. Para Arrendatarios - Deben presentar cuatro (4) documentos, de la siguiente manera:

Una declaración jurada completa, firmada y notariada del propietario/propietario de la propiedad (formulario LCSD)

Y

Un contrato de arrendamiento válido y completamente ejecutado para la vivienda alquilada y un recibo de alquiler firmado por el arrendador, que incluya la dirección y el número de teléfono del arrendador y la dirección de la propiedad (dentro de los últimos 30 días).

Y

Dos (2) de los siguientes documentos vigentes a nombre del inquilino:

Factura de servicios públicos	Certificado de seguro de propiedad
Factura de gasoil	Tarjeta de Registro de votantes
Factura de televisión por cable	Formulario W2 reciente
Hoja de presupuesto del Dpto. Servicios Sociales (DSS)	Cartas de agencias o trabajadores sociales
Sección 8 o Vivienda Municipal	Licencia de conducir, permiso para aprender a conducir, N° de identificación de no conductor
	(con la nueva dirección)

Noten: No se aceptarán los documentos con sólo la dirección de casilla postal.

C. Para padres/estudiantes que residen con un familiar/amigos, deben presentar cinco (5) documentos, de la siguiente manera:

Una declaración jurada completa, firmada y notariada del propietario/propietario de la propiedad (formulario LCSD)

Y

Dos (2) documentos que verifiquen la residencia del familiar/amigos (ver arriba para Propietarios e Inquilinos).

Y

Dos (2) de los siguientes documentos a nombre de los Padres:

Factura de servicios públicos	Certificado de seguro de propiedad
Factura de gasoil	Tarjeta de Registro de votantes
Factura de televisión por cable	Formulario W2
Sección 8 o Vivienda Municipal	Hoja de presupuesto del Departamento de Servicios
Sociales (DSS)	
Declaración	Cartas de agencias o trabajadores
sociales Talonario de cheques, extracto de cuenta bancaria,	
Extracto de tarjeta de crédito	
Informe del seguro de automóvil/ tarjeta	
Documentos de agencias gubernamentales (cupones de alimentos, tarjetas médicas, cambio de dirección del DMV)	

Prueba de tutela si un/a estudiante vive con un individuo que no sean sus padres.

Noten: No se aceptarán los documentos con sólo la dirección de casilla postal.



ESTADO DE NUEVA YORK)
) ss.:
CONDADO DE)

Yo, _____, dueño de
una propiedad
(Nombre del Propietario/Arrendador o Administrador de la Propiedad)

o administrador/agente de la vivienda ubicada en

(número de calle, domicilio, ciudad, estado, código postal)

_____, en la ciudad/pueblo de

por la presente certifico que estoy alquilando espacio en esta vivienda en _____ una base _____
(Semanal/Mensual/Anual)
comenzando el _____.
(Fecha)

Las siguientes personas se identifican como arrendatarios con derecho a ser ocupantes de la vivienda:

• Padres/tutores maternos: _____

• Padres/tutores paternos: _____

Nombre del niño(s) en la solicitud de admisión:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Y
Apellido _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Enumerar todas las demás personas que residen en la vivienda:

Apellido:

Nombre:

¿Es esta una vivienda múltiple? Sí ☐ No ☐

¿El pago de la Factura de Servicios Eléctricos está incluido en el alquiler? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, se debe presentar una copia del "acuerdo escrito mutuamente aceptable" para el uso de medidores compartidos de acuerdo con la Ley de Servicio Público §52, Parte 2(b)(i).

NOTA: EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE CONTACTAR AL MUNICIPIO CORRESPONDIENTE PARA VERIFICAR QUE EL USO DE LOS EDIFICIOS CUMPLE CON LAS LEYES Y CÓDIGOS LOCALES.

Como dueño/propietario de la propiedad, *CERTIFICO* que notificaré a la Oficina del Superintendente del Distrito Escolar Central de Haldane, 15 Craigside Drive, Cold Spring, NY 10516 dentro de los 30 días posteriores a la terminación de este arrendamiento. *CERTIFICO* que la información provista en este formulario es verdadera y correcta y que las declaraciones hechas en este documento se hacen bajo pena de perjurio, sabiendo que el Distrito Escolar Central de Haldane se basará en ellas para determinar si los niños mencionados anteriormente serán admitidos en su sistema escolar. Entiendo que en caso de que se determine que la información contenida en esta declaración jurada es inexacta o falsa, en su totalidad o en parte, el Distrito puede iniciar procedimientos legales contra mí personalmente para cobrar los costos de la educación de dicho(s) niño(s) y/o procurar acción criminal en mi contra por falsificar registros comerciales y/o presentar un instrumento falso.¹

(Firma del Propietario/Arrendador)

(Imprimir nombre y título)

Propietario de la propiedad/ Dirección y número de teléfono del propietario

Jurado ante mí este _____ día de _____ del 20_____

Notario público

Ley Penal §175.05 (Falsificación de Registros Comerciales - Segundo Grado de Delito Menor Clase A. Ley Penal §175.20 (Alteración de Registros Públicos - Segundo Grado de Clase A. Delito menor.

Ley Penal §175.25 (Alteración de Registros Públicos - Primer Grado de Delito de Clase D.

Ley Penal §175.30 (Ofrecer un instrumento falso para tramitación) - Segundo Grado de Delito menor de clase A.

Ley Penal §175.35 (Ofrecer un Instrumento Falso para Tramitación) - Primer Grado de Delito de Clase E.



DENEGACIÓN DE COBERTURA MEDIÁTICA/USO DE TRABAJO ESTUDIANTIL
FORMULARIO DE EXCLUSIÓN PARA ESTUDIANTES

Estimados padres/tutores:

El Distrito Escolar Central de Haldane entrevista y toma fotografías y vídeos de estudiantes involucrados en actividades escolares durante todo el año para enviarlos a periódicos, televisión, radio, otros medios y organizaciones afiliadas, publicaciones y sitios web escolares y del distrito, y para transmitirlos en canales de televisión por cable del distrito. Además, el trabajo de los estudiantes puede ser exhibido.

La información divulgada sobre los estudiantes puede incluir el nombre de los estudiantes, la escuela, el nivel de grado, los premios y la participación en actividades y deportes escolares y distritales oficialmente reconocidos.

Esta solicitud permanecerá vigente durante el tiempo que sus hijos permanezcan en Haldane y puede rescindirse en cualquier momento.

Al no devolver este formulario, los padres/tutores dan su consentimiento para que se entreviste, fotografíe o grabe a sus hijos, y/o para que se muestre su trabajo en actividades o eventos autorizados por el distrito escolar.

Si no desean que sus hijos o su trabajo se incluya en fotografías, videos o entrevistas en cualquiera de las publicaciones, sitios web, canales de televisión por cable u otros medios de comunicación del distrito, devuelvan este formulario a la escuela. Si tienen alguna pregunta, no duden en comunicarse con el director del edificio.

Devuelvan este formulario SOLAMENTE si quieren NEGAR el permiso de los medios de comunicación para sus hijos.

Nombre del/la estudiante _____

Nombre del padre, madre o tutor _____

Firma del padre, madre o tutor _____



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

Elisa Alvarez, Associate Commissioner Office of Bilingual Education and World Languages

55 Plaza Hanson, Sala 594
Brooklyn, Nueva York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

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

Cuestionario del idioma que se habla en la casa (HLQ)

NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE

Apellido

Nombre

Relación

Estimado padre, madre o persona en relación paternal:

Para brindarle a su hijo/a la mejor educación posible, debemos determinar cuan bien entiende, habla, lee y escribe en inglés, así como su historial escolar y personal previo. Complete las secciones a continuación tituladas Antecedentes Lingüísticos e Historial Educativo. Su ayuda para responder a estas preguntas es muy apreciada.

Gracias.

NOMBRE EL/LA ESTUDIANT		
E		
Primero	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO:
Mes		☐ Masculino
Día		☐ Femenino
Año		
INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE O PERSONA CON RELACIÓN PAENTAL:		
Apellido:	Nombre:	Relación

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

Antecedentes de idioma

(Marquen todo lo que corresponda)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?

☐ inglés

☐ Otros

especificar

2. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo/a?

☐ inglés

☐ Otros

especificar

3. ¿Cuál es el idioma del hogar de cada padre/madre/tutor?	☐ Padre/Madre 1 _____ especificar	☐ Padre/Madre 2 _____ especificar
	☐ Tutor(es) _____ especificar	
4. ¿Qué idioma(s) entiende su hijo/a?	☐ inglés	☐ Otros _____ especificar
5. ¿Qué idioma(s) habla su hijo/a?	☐ inglés	☐ Otros ----- especificar
		☐ No habla
6. ¿Qué idioma(s) lee su hijo/a?	☐ inglés	☐ Otros _____ especificar
		☐ No lee
7. ¿Qué idioma(s) escribe su hijo/a?	☐ inglés	☐ Otros _____ especificar
		☐ no escribe

INFORMACIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIANTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE NUEVA YORK:
Nombre del Distrito (Número) y Escuela: _____ Domicilio: _____		

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED: INGLÉS:

Cuestionario del idioma que se habla en la casa (HLQ)— página dos

Historial educativo

8. Indicar el número total de años que su hijo/a ha estado matriculado/a en la escuela _____

9. ¿Cree que su hijo/a puede tener alguna dificultad o condición que afecte su capacidad para comprender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? Describa si la respuesta es afirmativa.

Sí* **No** **No estoy seguro**

☐
☐
☐

*En caso afirmativo, explique: _____

¿Cuán graves creen que son estas dificultades? ☐ Mínimas ☐ Algo graves ☐ Muy severas

10a. ¿Alguna vez ha sido recomendado/a para una evaluación de educación especial? ☐ No ☐ **Sí*** *Por favor llenar 10b a continuación

10b. *Si fue recomendado/a para una evaluación, ¿alguna vez ha recibido anteriormente servicios de educación especial?

☐ No

☐ Sí

– Tipo de servicios recibí dos: _____

Edad en la que recibió los servicios (marcar todo lo que corresponda):

☐ Desde el nacimiento a los 3 años (Intervención Temprana) ☐ 3 a 5 años (Educación Especial) ☐ 6 años o más (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo/a un Plan de Educación Individualizado (IEP)? ☐ No ☐ Sí

11. ¿Hay algo más que considera importante que la escuela sepa sobre su hijo/a? (por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

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

Mes:

Día:

Año:

Firma del Padre o la madre o de la Persona en Relación Parental

Fecha

Relación con el/la estudiante ☐ Padre/Madre ☐ Otra: _____

SOLO ENTRADA OFICIAL - NOMBRE/CARGO DEL PERSONAL QUE ADMINISTRA HLQ

NOMBRE: _____ POSICIÓN: _____

SI SE PROPORCIONA UN INTÉRPRETE, INDICAR EL NOMBRE, EL CARGO Y LAS CREDENCIALES:

NOMBRE/CARGO DEL PERSONAL CUALIFICADO QUE REVISAR EL HLQ Y REALIZA LA ENTREVISTA INDIVIDUAL

NOMBRE: _____ POSICIÓN: _____

ENTREVISTA ORAL NECESARIA : ☐ No ☐ Sí

****FECHA DE LA
ENTREVISTA
INDIVIDUAL:**

MES

DÍA

AÑO

RESULTADO DE
LA ENTREVISTA
INDIVIDUAL:

☐ ADMINISTRAR NYSITELL

☐ COMPETENTE EN INGLÉS

☐ REFERIR AL EQUIPO DE DOMINIO DEL IDIOMA

NOMBRE/CARGO DEL PERSONAL CUALIFICADO QUE ADMINISTRA LA PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIANTES DEL IDIOMA INGLÉS DEL ESTADO DE NUEVA YORK (NYSITELL, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

NOMBRE: _____ POSICIÓN: _____

PARA ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES, LISTA DE ARREGLOS SI LOS HAY, ADMINISTRADOS DE ACUERDO CON EL EIP SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DEL CSE

FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE
NYSITELL:

MesDíaAño

NIVEL DE COMPETENCIA
ALCANZADO EN EL NYSITELL

☐ INICIAL☐ EMERGENTE☐ EN TRANSICIÓN☐ EN EXPANSIÓN☐ DOMINIO

PARA ESTUDIANTES CON
DISCA

DISCAPA
CIDADES
,

LISTA DE ADAPTACIONES, SI LAS
HAY

,
ADMINISTRADOS

DE ACUERDO

CON EL PLAN DE
EDUCACIÓN
INDIVIDUALIZADO

A LA
RECOMENDACI
ÓN DEL COMITÉ

CSE, por sus siglas en
nglés)



Office of Bilingual Education and World Languages

55 Plaza Hanson, Sala 594
Brooklyn, Nueva York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

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

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire - HLQ)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE :		
<i>Nombre</i>	<i>segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>
FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO:
		☐ Masculino ☐ Femenino
<i>mes</i>	<i>Día</i> <i>Año</i>	
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/ PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
<i>Apellido</i>	<i>primer nombre</i>	<i>Relación con el/la estudiante</i>

--

Estimados padres o persona en relación parental:

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

Gracias.

CÓDIGO DE IDIOMA DEL HOGAR

Conocimientos de idiomas (Por favor, marcar todas las opciones que sean aplicables)		
1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	☐ Inglés	☐ Otro _____ especificar
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	☐ Inglés	☐ Otro _____ especificar
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre/madre / tutor?	☐ Padre/Madre 1 _____	☐ Padre/Madre 2 _____

	☐ Tutor(es) _____	<i>especificar</i>	<i>especificar</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro _____	<i>especificar</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro _____	☐ No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro _____	☐ No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro _____	☐ No sabe escribir

INFORMACIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIANTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE NUEVA YORK:
Nombre del Distrito (Número) y Escuela	Domicilio	

1
THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

ESPAÑOL

Historial Educativo	
8. Indicar con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____	
10a. ¿Alguna vez se ha recomendado que su hijo(a) a tenga una evaluación de educación especial? ☐ No ☐ Sí* *Por favor, llenar 10b.	
10b. *Si alguna vez se le recomendó una evaluación, ¿recibió su hijo(a) algún tipo de educación especial?	
☐ No ☐ Sí – Explicar qué tipo o tipos de educación especial recibió: _____	
Edad en la que recibió la intervención o tipo 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 (Individualized Education Program - IEP)? ☐ 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? _____	

Firma de padre/madre o de la persona en relación parental

Mes: _____ Día: _____ Año: _____
Fecha

Relación con el/la estudiante:

☐ Padre/madre

☐ Otra: _____

SOLO ENTRADA OFICIAL - NOMBRE/CARGO DEL PERSONAL QUE ADMINISTRA HLQ	
NOMBRE: _____	POSICIÓN: _____
SI SE PROPORCIONA UN INTÉRPRETE, INDICAR EL NOMBRE, EL CARGO Y LAS CREDENCIALES:	
NOMBRE/CARGO DEL PERSONAL CUALIFICADO QUE REvisa EL HLQ Y REALIZA LA ENTREVISTA INDIVIDUAL	
NOMBRE: _____	POSICIÓN: _____
ENTREVISTA ORAL NECESARIA ☐ NO ☐ SÍ	
**FECHA DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL: MES DÍA AÑO	RESULTADO DE ☐ ADMINISTRAR NYSITELL LA ENTREVISTA ☐ DOMINIO DEL INGLÉS INDIVIDUAL ☐ RECOMENDAR AL EQUIPO DE DOMINIO DEL IDIOMA
NOMBRE/CARGO DEL PERSONAL CUALIFICADO QUE ADMINISTRA LA PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIANTES DEL IDIOMA INGLÉS DEL ESTADO DE NUEVA YORK (NYSITELL, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)	
NOMBRE: _____	POSICIÓN: _____
FECHA DE ADMINISTRACIÓN DEL NYSITELL ☐ inicial ☐ emergente ☐ en transición ☐ en expansión ☐ dominio	
MES DÍA AÑO NIVEL DE DOMINIO DEL IDIOMA LOGRADO EN NYSITELL	
PARA ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES, ENUMERAR LAS ADAPTACIONES, SI LAS HAY, ADMINISTRADAS DE ACUERDO CON EL IEP DE CONFORMIDAD CON LA RECOMENDACIÓN DEL CSE:	

Año escolar 2019-20

Requisito del Estado de Nueva York para ingresar y asistir a la escuela 1

NOTAS:

Los niños en un entorno de pre-kindergarten deben estar apropiadamente vacunados de acuerdo a su edad. La cantidad de dosis depende del programa recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP). Los intervalos entre dosis de vacuna deben estar de acuerdo con el programa de inmunización recomendado por el ACIP para personas de 0 a 18 años de edad. Las dosis recibidas antes de la edad mínima o los intervalos no son válidas y no cuentan para el número de dosis que se enumeran a continuación. NO es necesario revisar los intervalos entre las dosis de la vacuna para el grado 12, excepto el intervalo entre las dosis de la vacuna contra el sarampión. Consultar las notas al pie de la página para obtener información específica sobre **cada** vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir con los requisitos de inmunización de los grados de edad equivalente.

Los requisitos de dosis DEBEN leerse en las notas a pie de página de este programa.

Vacunas	Pre-kindergarten (centros de cuidado infantil, Head Start, guarderías o Pre-k)	Kindergarten y grados 1, 2, 3, 4 y 5	Grado 6,7,8,9,10 y 11
Vacuna que contiene toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP / DTP / Tdap / Td) 2	4 dosis	5 dosis o 4 dosis si la cuarta dosis se recibió a los 4 años o más o 3 dosis si tiene 7 años o más y la serie se inició a los 1 años o más	
Vacuna que contiene toxoide tetánico y diftérico y refuerzo de la vacuna contra la tos ferina (Tdap) 3	- No corresponde		
Vacuna contra la poliomielitis (IPV / OPV) 4	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la tercera dosis se recibió a los 4 años o más	4 dosis dosis si la dosis se recibió a los 4 años o más
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) 5	1 dosis	2 dosis	

Vacuna contra la Hepatitis B	3 dosis	3 dosis	de la va adulto recibier menos 4
Vacuna contra la varicela (varicela) 7	1 dosis	2 dosis	
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY) 8	- No corresponde		Grac 7, 8, 9 1 do
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib) 9	1 a 4 dosis	- No corresponde	
Vacuna antineumocócica conjugada (PCV) 10	1 a 4 dosis	- No corresponde	



Departamento
de Salud

1. La evidencia serológica demostrada de anticuerpos contra el sarampión, las paperas o la rubéola o la confirmación de laboratorio de estas enfermedades es una prueba aceptable de inmunidad a estas enfermedades. Un análisis de sangre positivo para el anticuerpo de superficie de la hepatitis B es una prueba aceptable de inmunidad a la hepatitis B. La evidencia serológica demostrada de anticuerpos contra la varicela, la confirmación de laboratorio de la enfermedad de la varicela o el diagnóstico de un médico, asistente médico o enfermera practicante de que un niño o niña ha tenido la enfermedad de la varicela es una prueba aceptable de la inmunidad a la varicela.
2. Vacuna contra la difteria y el tétanos y la tos ferina acelular (DTaP). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de 5 dosis de la vacuna DTaP a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 15 y los 18 meses y a los 4 años o más. La cuarta dosis se puede recibir a los 12 meses de edad, siempre que hayan transcurrido al menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario repetir la cuarta dosis de DTaP si se administró al menos 4 meses después de la tercera dosis de DTaP. La dosis final de la serie debe recibirse en o después del cuarto cumpleaños.
 - b. Si la cuarta dosis de DTaP se administró a los 4 años o más, no se requiere la quinta dosis (refuerzo) de la vacuna DTaP.
 - c. Para los niños nacidos antes del 1/ene./2005, solo se requiere inmunidad a la difteria y las dosis de DT y Td pueden cumplir con este requisito.
 - d. Los niños de 7 años en adelante que no estén completamente inmunizados con la serie de vacunas DTaP para niños deben recibir la vacuna Tdap como primera dosis de la serie de actualización; si se necesitan dosis adicionales, usar la vacuna Td. Si la primera dosis se recibió antes de cumplir un año, entonces se requieren 4 dosis, siempre que la dosis final se reciba a los 4 años o más. Si la primera dosis se recibió antes o después de cumplir un año, entonces se requieren 3 dosis, siempre que la dosis final se reciba a los 4 años o más. Una vacuna Tdap (o una vacuna DTaP administrada incorrectamente) recibida a los 7 años o más cumplirá con el requisito de Tdap de sexto grado.
3. Toxoides tetánico y diftérico y vacuna contra la tos ferina acelular (Tdap). (Edad mínima: 7 años)
 - a. Los estudiantes de 11 años o más que ingresan a los grados 6 al 12 deben recibir una dosis de Tdap. Una dosis recibida a los 7 años o más cumplirá con este requisito.
 - b. Los estudiantes que tienen 10 años y están en sexto grado y que aún no han recibido la vacuna Tdap cumplen con los requisitos hasta que cumplen 11 años.
4. Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) o vacuna antipoliomielítica oral (OPV). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de IPV a los 2 meses, 4 meses y de 6 a 18 meses, y a los 4 años o más. La dosis final de la serie debe recibirse en o después de cumplir cuatro años y por lo menos 6 meses después de la dosis anterior.
 - b. Para los estudiantes que recibieron su cuarta dosis antes de los 4 años y antes del 7 de agosto de 2010, es suficiente con 4 dosis con una separación de por lo menos 4 semanas.
 - c. Si la tercera dosis de la vacuna contra la polio se recibió a los 4 años o más y al menos 6 meses después de la dosis anterior, no se requiere la cuarta dosis de la vacuna contra la polio.
 - d. No es necesario revisar los intervalos entre las dosis de la vacuna contra la poliomielitis para el grado 12 en el año escolar 2019-20.
 - e. Si tanto la OPV como la IPV se administraron como parte de una serie, el número total de dosis y los intervalos entre dosis son los mismos que los recomendados para el programa IPV de E.E. U.U. Si sólo se administró OPV y todas las dosis se administraron antes de los 4 años, se debe administrar 1 dosis de IPV a los 4 años o más y al menos 6 meses después de la última dosis de OPV.
5. Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna MMR debe haberse recibido en el primer año de edad o después. La segunda dosis debe haberse recibido al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis para que se considere válida.
 - b. Sarampión: Se requiere una dosis para pre-kindergarten. Se requieren dos dosis entre los grados del kindergarten al 12.
 - c. Paperas: Se requiere una dosis para pre-kindergarten. Se requieren dos dosis entre los grados del kindergarten al 12.
 - d. Rubéola: Se requiere al menos una dosis para pre-kindergarten hasta 12).
6. Vacuna contra la hepatitis B
 - a. La dosis 1 se puede administrar al nacer o en cualquier momento de la vida. La segunda dosis debe administrarse al menos 4 semanas (28 días) después de la primera dosis y debe ser al menos 8 semanas después de la primera dosis y al menos 16 semanas después de la dosis 1 Y no antes de las 24 semanas.
 - b. Dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para niños menores de 13 años. Un espacio de por lo menos 4 meses entre la primera y la segunda dosis es un requisito.
7. Vacuna contra la varicela (varicela). (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela debe recibirse a los 12 meses de edad o después. La segunda dosis debe recibirse al menos 3 meses (si se administró la segunda dosis a los 12 meses) o al menos 4 semanas después de la primera dosis, se requiere una tercera dosis para las personas mayores de 13 años, el intervalo mínimo es de 3 meses.
 - b. Para niños menores de 13 años, el intervalo mínimo entre la primera y la segunda dosis es de 3 meses (si se administró la segunda dosis a los 12 meses) o al menos 4 semanas después de la primera dosis, se requiere una tercera dosis para las personas mayores de 13 años, el intervalo mínimo es de 3 meses.
8. Vacuna antimeningocócica conjugada (ACWY). (Edad mínima: 12 meses)
 - a. Se requiere una dosis de la vacuna conjugada para los estudiantes que ingresan a los grados 6 al 12.
 - b. Para los estudiantes en el grado 12, si la primera dosis de la vacuna antimeningocócica se recibió a los 16 años o más, se requiere una segunda dosis (refuerzo).
 - c. La segunda dosis debe haberse recibido a los 16 años o más. El intervalo entre dosis es de 8 semanas.
9. Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de 4 dosis de la vacuna Hib a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y los 15 meses. La dosis final debe ponerse al día de acuerdo con el programa de vacunación. La dosis final debe recibirse a los 12 meses o después.
 - b. Si se recibieron 2 dosis de la vacuna antes de los 12 meses, la tercera dosis debe recibirse a los 12 meses o después.
 - c. Si se recibieron 3 dosis de la vacuna antes de los 12 meses, la cuarta dosis debe recibirse a los 12 meses o después.
 - d. Si se recibieron 4 dosis de la vacuna antes de los 12 meses, no se requiere la quinta dosis.
 - e. La vacuna Hib no es necesaria para niños de 5 años en adelante.
10. Vacuna antineumocócica conjugada (PCV). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de 4 dosis de la vacuna PCV a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y los 15 meses. La dosis final debe ponerse al día de acuerdo con el programa de vacunación. La dosis final debe recibirse a los 12 meses o después.
 - b. Los niños no vacunados de 7 a 11 meses deben recibir una segunda dosis 8 semanas entre dosis, seguidas de una tercera dosis 8 semanas después de la segunda dosis.
 - c. Los niños no vacunados de 12 a 23 meses deben recibir una segunda dosis 8 semanas entre dosis, seguidas de una tercera dosis 8 semanas después de la segunda dosis.
 - d. Si se recibió una dosis de la vacuna a los 24 meses o más, no se requiere la segunda dosis.
 - e. Para obtener más información, consulten la tabla de vacunación disponible en el Folleto de instrucciones de la vacuna en: www.health.ny.gov/prevention/immunization

Para más información, contactar a:

N
e
w
Y
o
r
k
S
t
a
t
e
D
e
p
a
r
t
m
e
n
t
o
f
H
e
a
l
t
h
B
u
r
e
a
u
o
f
I
m
m
u
n
i
z
a
t
i
o
n
R
o
o
m
6
4
9
,
C
o
r
n
i
n

g
T
o
w
e
r
E
S
P
A
l
b
a
n
y
,
N
Y
1
2
2
3
7

(518) 473-4437

New York City Department
of Health and Mental
Hygiene
Program Support Unit,
Bureau of Immunization,

4

2
-
0
9
2
8
t
h
S
t
r
e
e
t
,
5
t
h
f
l
o
o
r
L
o
n
g
I
s
l
a
n
d
C
i

t
y
,
N
Y
1
1
1
0
1
(
3
4
7
)
3
9
6
-
2
4
3
3

(347) 396-2433

Oficina de Inmunizaciones del Departamento de Salud del Estado de Nueva York
Health .ny.gov/immunization

OFICINA DE INFORMACIÓN DE SALUD

Distrito Escolar Central de
Haldane 265-9254 ext. 125

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE SALUD

Por favor notificar a la oficina de salud de cualquier necesidad especial de salud que puedan tener sus hijos. Los ejemplos incluirían lo siguiente:

- Picadura de abeja u otra alergia y cualquier medicamento requerido (consultar la política a continuación)
- Cualquier enfermedad o condición que requiera cuidados especiales
- Dificultad con la visión, el oído o el habla
- Necesidad de medicación durante el horario escolar
- Necesidad de ayudas especiales como muletas, sillas de ruedas, transporte especial, etc.

MEDICAMENTOS

**** Tener en cuenta: Los estudiantes no pueden llevar medicamentos hacia y desde la escuela. ****

Debemos cumplir con la Ley muy específica de Educación del Estado de Nueva York relacionada con la administración de medicamentos (**incluidos los medicamentos de venta libre**) en la escuela. Si sus hijos necesitan tomar medicamentos en la escuela, se debe proporcionar lo siguiente:

1. Órdenes escritas del proveedor de atención médica
2. Permiso por escrito de los padres
3. Medicamento en su envase original, claramente etiquetado.

Una vez más, ¡no envíen medicamentos a la escuela con sus hijos! VACUNAS: consultar

el cuadro adjunto del Departamento de Salud del Estado de Nueva York .

***** Tener en cuenta que a partir de julio de 2019, la exención del cumplimiento de las vacunas por motivos religiosos ya no se aplica en el estado de Nueva York. *****

LESIONES ESCOLARES/EMERGENCIAS DE SALUD

Se les notificará de cualquier lesión grave o emergencia de salud. Su hijo/a recibirá los primeros auxilios apropiados hasta que ustedes, o alguien designado por ustedes, pueda autorizar un tratamiento adicional. Si su hijo/a requiere transporte en ambulancia a una sala de emergencias, un adulto designado por la escuela acompañará a su hijo/a al hospital. Con la excepción de las medidas de salvamento, no se dará ningún tratamiento en la sala de emergencias sin el debido consentimiento de ustedes o su designado.

De acuerdo con la política de la escuela, cualquier estudiante diagnosticado con una conmoción cerebral tendrá prohibido regresar a PE/deportes durante al menos 7 días. Además, el/la estudiante debe proporcionar una autorización médica por escrito para regresar a los deportes/PE de su médico privado, después de lo cual el médico de la escuela certificará esta autorización.

El "Formulario de autorización de emergencia" les permite enumerar las personas y los médicos a quienes desean que se contacte en caso de emergencia si no es posible localizarlos a ustedes. La necesidad de estos contactos de emergencia es crucial, especialmente si ambos padres están lejos del hogar durante el día escolar. Es para el beneficio de sus hijos que tenemos archivado el Formulario de Autorización de Emergencia.

DETECCIÓN

Se realizarán las siguientes evaluaciones durante el año escolar:

- Visión: Kindergarten, grados 1,3,5,7,9 y 11
- Audición: Kindergarten, grados 1,3,5,7,9 y 11
- Escoliosis: niñas grados 5 y 7, y niños grado 9

Se les notificará por escrito cualquier resultado que no esté dentro de las pautas normales proporcionadas por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York.

La ley de educación requiere que las escuelas verifiquen si hay escoliosis (curvatura de la columna). Esta evaluación es realizada por la enfermera de la escuela en la privacidad de la oficina de salud. El propósito de la prueba de detección de escoliosis en la escuela es el descubrimiento temprano y el tratamiento de cualquier anomalía de la columna. Si el proveedor de atención médica de su hijo/a nos notifica por escrito (p. ej., nota en el formulario físico) que se ha realizado un control de escoliosis, no será necesario repetir la evaluación en la oficina de salud.

PIOJOS

Estén atentos al **rascarse**, lo cual puede ser indicación de la presencia de piojos. Examinen la cabeza de sus hijos con regularidad en busca de liendres (huevos que se adhieren al tallo del cabello cerca del cuero cabelludo, se parecen a las semillas de sésamo y son muy difíciles de eliminar), así como piojos adultos. La forma más efectiva de prevenir la propagación de piojos es aconsejar a los estudiantes que traten de abstenerse de tocarse la cabeza y que las niñas con cabello largo lo mantengan recogido hacia atrás para que no se caiga hacia adelante.

EXÁMENES FÍSICOS

En el estado de Nueva York, los exámenes físicos son obligatorios para todos los estudiantes **NUEVOS** y aquellos en los grados K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11. Se aceptan los exámenes realizados dentro del año anterior al primer día de clases. Si por alguna razón el propio médico del niño no puede realizar un examen físico, se puede programar un examen físico en la escuela. No obstante, se recomienda un examen físico privado y se adjunta un formulario para tal fin. Por favor, hacer que les llenen el formulario en el momento de la visita y retornarlo a esta oficina.

Es obligatorio para todos los estudiantes en los grados 7-12 que participan en deportes que se hagan un examen físico **cada** año. Cualquier examen físico realizado dentro de los 12 meses de participación cumplirá los requisitos, a menos que haya habido una lesión reciente o una enfermedad prolongada.

Las medidas de altura y peso de los exámenes físicos se utilizan para determinar el índice de masa corporal o "BMI" de los estudiantes. El BMI le permite al médico saber si el peso de los estudiantes se encuentra dentro del rango saludable o si es demasiado alto o bajo. El estado de Nueva York ahora requiere que el BMI y el estado del peso se incluyan como parte del examen físico de los estudiantes. Se seleccionará una muestra de distritos escolares para participar en una encuesta realizada por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Si nuestra escuela es seleccionada para ser parte de la encuesta, estaremos reportando información sobre los grupos de estado de peso de nuestros estudiantes. No se envían nombres ni información sobre estudiantes individuales. Sin embargo, si no desean que se incluya el estado de peso de sus hijos en esta encuesta, favor de notificarnos por escrito a la Oficina de Salud.

TENER EN CUENTA

Durante el año escolar, si sus hijos tienen algún cambio en la salud o si ustedes tienen alguna pregunta o inquietud, llamen a la oficina al 265-9254, ext. 125 o envíen un correo electrónico a kohara@haldaneschool.org. Al trabajar juntos, podemos promover una salud óptima para todos los estudiantes de Haldane.

**HALDANE CENTRAL SCHOOL
CRAIGSIDE DRIVE
COLD SPRING, NEW YORK 10516**

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Fecha de hoy: _____

Nombre del/la estudiante _____

Grado _____

Domicilio _____

Sexo M/F _____

Fecha de nacimiento _____

HISTORIAL MÉDICO (desde la infancia hasta la actualidad) Marcar todo lo que corresponda:

Alergias _____		Hiperactividad _____
Frecuencia urinaria _____	Problemas de	Artritis juvenil _____
Concusión _____	comportamiento	_____
Diabetes _____	_____	Tos persistente _____
Fiebres Frecuentes _____	_____	_____
Dificultades auditivas _____	_____	_____
Incontinencia _____	Parálisis	_____
Enfermedad mental _____	cerebral	_____
Infecciones de oído recurrente _____	_____	Trastorno
Lesión grave en la cabeza _____	Fibrosis	convulsivo _____
Dolores de estómago _____	quística	_____
Vómitos _____	_____	_____
	_____	_____
Asma _____	Diarrea	_____
Problemas cardíacos _____	Frecuente	_____
Estreñimiento _____	_____	Condiciones de
Problemas de	_____	la piel _____
alimentación _____	_____	_____
Frecuentes	_____	anteojos / Contactos _____
sangrados de nariz _____	_____	_____
Audífonos _____	Indigestión	_____
_____	Migrañas	_____
_____	_____	_____
Cicatrices/marcas de nacimiento _____	dolores de	Otros _____
Problemas de sinusitis _____	cabeza	_____
Problemas de la	_____	_____
vista _____	_____	_____
Problemas de peso	_____	
_____	_____	

Por favor, explicar: _____

ALERGIAS - favor de proporcionar todos los detalles:

TIPO	ALÉRGENOS ESPECÍFICOS	TIPO DE REACCIÓN	MEDICAMENTOS
Alimentos	_____	_____	_____
Ambiental	_____	_____	_____
Drogas	_____	_____	_____
Medicamentos que deben mantenerse en la escuela:		SÍ _____	NO _____

¿ El/la estudiante está tomando algún medicamento?

SÍ _____

NO _____

Describir:

¿Se darán medicamentos en la escuela? Sí _____ NO _____

¿Alguna lesión grave? (incluir fechas) _____

¿Alguna hospitalización? _____

¿Historia quirúrgica? _____

Firma de uno de los padres o tutor

Fecha

Para la salud y la seguridad de su hijo/a, la información que han brindado sobre afecciones médicas tales como alergias y asma se compartirá con los maestros y el personal. Firmar a continuación solo si NO desean que esta información se comparta con los maestros u otros miembros del personal.

Firma de uno de los padres o tutor

Fecha

AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia de salud grave, no se puede administrar tratamiento médico sin el consentimiento de los padres o tutores del niño o niña, un pariente mayor de 18 años u otra parte autorizada por los padres por escrito.

Este formulario brinda a los padres la oportunidad de designar a otra persona para que actúe en su nombre si se necesita tratamiento de emergencia y no se los puede contactar.

_____ NOMBRE DEL/LA ESTUDIANTE	_____ FECHA DE NACIMIENTO
_____ DOMICILIO	_____ NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR
_____ PADRE/MADRE/TUTOR	_____ NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL
_____ PADRE/MADRE/TUTOR	_____ NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL
_____ NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PARIENTE	_____ NÚMERO DE TELÉFONO
_____ NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO	_____ NÚMERO DE TELÉFONO
_____ AFILIACIÓN DEL MÉDICO A UN HOSPITAL	_____ NÚMERO DE TELÉFONO
_____ NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DENTISTA	_____ NÚMERO DE TELÉFONO

Lea y firme lo siguiente:

Si no se puede contactar a ninguno de los anteriores, autorizo a los funcionarios de la Escuela Haldane a dar su consentimiento para cualquier tratamiento de emergencia necesario para mi hijo/a.

_____ FECHA	_____ FIRMA DE UNO DE LOS PADRES O TUTOR
----------------	---

HALDANE CENTRAL SCHOOL

NOMBRE:_____ FECHA DE NACIMIENTO:L
Cold Spring, NY 10516

FECHA:_____

CUESTIONARIO DE AUDICIÓN/VISIÓN
(Debe ser llenado por uno de los padres)

AUDICIÓN

Marcar uno

¿Ha tenido algún examen o tratamiento de oído/audición?
 ¿Cuándo? _____ Con quién? _____ Resultados _____

☐ Sí ☐ No

¿Sospechan algún problema del oído?

Explicar_____

☐ Si ☐ No

¿Alguno de los padres tiene problemas de audición?

Quien _____ Problema _____ Desde cuando _____

☐ Sí ☐ No

Su hijo/hija:

1. ¿Parece tener dificultad para escuchar? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Sube el volumen de la televisión más alto que otros en la familia? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Parece favorecer más un oído que el otro? ☐ Sí ☐ No

4. Salta o parece más asustado/a que los demás si
hay un ruido repentino? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Parece escucharlos si hablan en murmullo? ☐ Sí ☐ No

6. ¿Pide que le hablen en voz alta o le repitan con frecuencia? ☐ Sí ☐ No

VISIÓN

¿Ha tenido su hijo/a algún examen o tratamiento de la vista? ☐ Sí ☐ No

¿Cuándo? _____ ¿Con quién? _____ Resultados _____

¿Sospechan de algún problema de visión? ☐ Sí ☐ No

Explicar _____

¿Alguno de los padres usa anteojos? ☐ Sí ☐ No

Quién _____ Distancia/Lectura _____ Desde cuando _____

Su hijo/hija:

1. ¿Parece tener dificultad para ver pequeñas líneas o imágenes? ☐ SI ☐ NO

2. ¿Parece tener problemas para ver las cosas de lejos? ☐ SI ☐ NO

3. ¿Estrabismo? ☐ Si ☐ No

☐ Si ☐ No

☐ Si ☐ No

☐ Si ☐ No☐ Si ☐ No☐ Si ☐ No

- 4. ¿Usa anteojos?
- 5. ¿Tiene ojos desviados hacia adentro?
- 6. ¿Tiene ojos desviados hacia afuera?
- 7. ¿Se sienta muy cerca de la televisión?
- 8. ¿Se frota mucho los ojos?

Sí	☐	No	☐
Sí	☐	No	☐
Sí	☐	No	☐
Sí	☐	No	☐
Sí	☐	No	☐

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS
DE LA ESCUELA CENTRAL HALDANE**

Autorización de los padres y del médico para la administración de medicamentos en la escuela

****Se debe completar un nuevo formulario cada año escolar****

Para ser llenada por uno de los padres o tutor:

Nombre del/la estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Grado:** _____

Solicito que mi hijo/a reciba el medicamento recetado a continuación por nuestro proveedor de atención autorizado. El medicamento debe ser proporcionado por mí en el envase original y debidamente etiquetado por la farmacia. Entiendo que la enfermera de la escuela u otra persona asignada ayudará en la administración del medicamento.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Para ser llenado por el prescriptor autorizado de atención médica:

Diagnóstico: _____

Medicamentos: _____

Dosis: _____ Vía: _____ Hora(s): _____

_____ Posibles efectos secundarios: _____

_____ Duración del tratamiento: _____

Nombre y título de quien prescribe (en letra de imprenta): _____ Firma _____

de quien prescribe: _____ Fecha: _____

Sello del proveedor:

Permiso del proveedor de atención médica o uso y transporte independiente:

Doy fe de que este/a estudiante me ha demostrado que puede autoadministrarse los medicamentos que se enumeran a continuación con seguridad y eficacia y que puede llevar y usar independientemente este medicamento (con un dispositivo de administración, si es necesario) en cualquier escuela/actividad patrocinada por la escuela, sin ser supervisado/a por el personal de la escuela.

Firma de quien prescribe _____ Fecha: _____

Permiso del padre, madre o tutor para uso y transporte independientes:

Estoy de acuerdo con que mi hijo/a puede usar efectivamente su medicamento y puede llevar y usar independientemente este medicamento en cualquier escuela/actividad patrocinada por la escuela sin ser supervisado/a por el personal de la escuela.

Firma: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO REQUERIDO POR EL ESTADO DE NUEVA YORK (NYS)

DEBE SER LLENADO EN SU TOTALIDAD POR UN PROVEEDOR DE SALUD PRIVADO O DIRECTOR MÉDICO ESCOLAR

Noten: Departamento de Educación del Estado de Nueva York (NYSED) requiere un examen físico para los nuevos ingresantes y estudiantes en los grados Pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11; anualmente para deportes interescolares; y documentos de trabajo según sea necesario; o según lo requiera el Comité de Educación Especial (CSE) o el Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE).

INFORMACIÓN DEL/LA ESTUDIANTE

Nombre:	Sexo: ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Fecha del examen:

HISTORIAL DE SALUD

Alergias ☐ No ☐ Sí, indicar el tipo	☐ Orden de medicamento/tratamiento adjunta ☐ Alimentos ☐ Insectos ☐ Látex ☐ Medicamentos ☐ Medio ambiente	☐ Plan de atención de anafilaxia Adjunto
---	--	---

--	--

--	--

☐ Intermitente ☐ Persistente ☐ Otros: _____

☐ Plan atención de asma adjunto
☐ Orden de medicamento/tratamiento adjunta

Asma ☐ No
☐ Sí, indicar el tipo
☐ Plan de atención de convulsiones adjunto

Fecha de la última convulsión: _____
☐ Orden de medicamento/tratamiento adjunta
☐ Tipo: _____

Convulsiones ☐ No
☐ Sí, indicar el tipo

Diabetes ☐ No ☐ Sí, indicar el tipo	☐ Orden de medicamento/tratamiento adjunta ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2	☐ Manejo médico de diabetes Plan adjunto ☐ resultados de HbA1c: _____ Fecha de emisión: _____
---	--	--

Factores de riesgo para la diabetes o prediabetes:
Considerar evaluación de T2DM si tiene un BMI% (Índice de masa corporal) mayor que el 85% y tiene 2 o más factores de riesgo: Hx familiar T2DM, origen étnico, Sx resistencia a la insulina, Hx gestacional de la madre; y/o prediabetes.

BMI _____ kg/m2 Percentile (Weight Status Category): ☐ <5th ☐ 5th-49th ☐ 50th-84th ☐ 85th-94th ☐ 95th-98th ☐ 99th and >

Hiperlipidemia: ☐ No ☐ Sí Hipertensión: ☐ No ☐ Sí

EXAMEN FÍSICO/EVALUACIÓN

Altura:	Peso:	Presión arterial (BP):	Pulso:	Respiraciones:
PRUEBAS	Positivo	Negativo	Otras preocupaciones médicas pertinentes	
PPD / PRN	☐	☐	Sólo uno funciona: ☐ Ojo ☐ Riñón ☐ Testículo	
Examen de detección de células falciformes/PRN:	☐	☐	☐ Conmoción cerebral – última vez: _____	
Nivel de plomo obligatorio en grados pre-K y K	Fecha		☐ Salud mental: _____	
☐ Fecha de la prueba	☐ plomo elevado ≥ 10 $\mu\text{g/dL}$		☐ Otro: _____	
☐ Revisión del sistema y examen totalmente normales				
Marcar las casillas de las evaluaciones que están <u>fuera</u> de los límites normales y anotar a continuación en Anomalías				
☐ Cabeza, ojos, oído, nariz, garganta (HEENT)	☐ Ganglios linfáticos	☐ Abdomen	☐ Extremidades	☐ Habla
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Espalda/columna vertebral	☐ Piel	☐ Socioemocional
☐ Cuello	☐ Pulmones	☐ Génito-urinario	☐ Neurológico	☐ Musculoesquelético
☐ Evaluación/anomalías observadas/recomendaciones:			Diagnósticos/problemas (enumerar)	Código ICD-10 *
☐ Información adicional adjunta				

Nombre:			Fecha de nacimiento:	
EVALUACIONES				
Visión	Derecho	Izquierdo	Referencia	Notas
Agudeza visual a distancia:	20/	20/	☐ Sí ☐ No	
Agudeza visual lejana con lentes	20/	20/		
Visión - punto cercano	20/	20/		
Visión – Color ☐ Pasa ☐ No pasa				
Audición	Derecho dB	Izquierdo dB	Referencia	
Detección de tono puro			☐ Sí ☐ No	
Escoliosis Obligatorio para niños de 9º grado	Negativo	Positivo	Referencia	
Y niñas 5º y 7º grados	☐	☐	☐ Sí ☐ No	
Grado de desviación:		Ángulo de rotación de tronco:		
Recomendaciones:				
RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA/DEPORTES/JUEGOS/TRABAJO				
☐ Actividad completa sin restricciones incluyendo educación física y deportes.				
☐ Restricciones/adaptaciones Utilizar las categorías de deportes interescolares (abajo) para las restricciones o modificaciones				
☐ No deportes de contacto Incluye: béisbol, basquetbol, animadoras competitivas, hockey sobre césped, fútbol americano, hockey sobre hielo, lacrosse, fútbol, softbol, voleibol y lucha				
☐ No deportes sin contacto Incluye: tiro con arco, bádminton, bolos, carreras Cross-country, esgrima, golf, gimnasia, rifle, Esquí, natación y clavados, tenis y atletismo				
☐ Otras restricciones:				
☐ Etapas de desarrollo para el proceso de ubicación atlética SOLAMENTE Grados 7 y 8 para jugar a nivel de escuela secundaria O Grados 9-12 para jugar deportes a nivel de escuela media Etapa de pubertad (Tanner Stage) : ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V				
☐ Adaptaciones: Usar el espacio adicional para explicar				
☐ Soporte*/ortesis ☐ Aparato de colostomía* ☐ Audífonos ☐ Bomba de insulina/sensor de insulina * ☐ Dispositivo médico/protésico* ☐ Marcapasos/desfibrilador* ☐ Equipo de protección ☐ Gafas de seguridad deportivas ☐ Otro:				
*Consultar con el cuerpo atlético gobernante si es obligatoria la aprobación previa/formulario debidamente llenado para el uso del dispositivo en competencias deportivas.				
Explicar: _____				
MEDICAMENTOS:				
☐ Formulario adjunto de pedido de medicamento(s) necesario(s) en la escuela				
Lista de medicamentos que toma en el hogar:				
VACUNAS:				
☐ Registro adjunto ☐ Registrado en el sistema de informe de inmunización del estado de Nueva York (NYSIS) Recibido hoy: ☐ Sí ☐ No				
PROVEEDOR DE SALUD				
Firma del proveedor de salud:			Fecha:	
Nombre del proveedor: (en imprenta)			Sello:	
Dirección del proveedor:				
Teléfono:				
Fax:				
Por favor devolver este formulario a la escuela de su hijo o hija cuando esté debidamente llenado.				

[illegible]☐

1

5

☐

Nacido/a el.: / /
 Mes Día
 Año

¿Es esta la primera visita de su hijo/a al dentista?

Sí No

Grado

Entiendo que al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el niño o niña mencionado/a anteriormente reciba una evaluación básica de salud oral. Entiendo que esta es sólo un medio limitado de evaluación de la salud dental de los estudiantes, y que yo necesitaría obtener los servicios de un dentista para que mi hijo/a reciba un examen dental completo con radiografías si es necesario, para mantener una buena salud oral.

Además, no responsabilizaré al dentista o a quienes realicen esta evaluación por las consecuencias o los resultados si elijo NO seguir las recomendaciones que figuran a continuación.

Firma del padre o madre: _____ Fecha _____

Secciones opcionales: si aceptan divulgar esta información a la escuela de sus hijos, escriban sus iniciales aquí.

II. Estado de salud oral (marquen todo lo que aplica).

☐ Si ☐ No **Experiencia con Caries / Antecedentes de Restauración** - ¿Ha tenido el/la niño/a alguna vez caries (tratada o no tratada)? [Un relleno (temporal/permanente) O un diente que falta porque se extrajo como resultado de caries O una cavidad abierta].

☐ Sí ☐ No **Caries no tratadas** - ¿Tiene este niño/a una caries abierta? [Por lo menos 1/2 mm de pérdida de la estructura del diente en la superficie del esmalte. Coloración marrón a marrón oscura de las paredes de la lesión. Estos criterios se refieren tanto a las lesiones con hoyos y fisuras con cavidad como a las de las superficies lisas del diente. Si hay raíz residual, suponer que el diente entero fue destruido por la carie. Los dientes rotos o astillados, además de los dientes con empastes temporales, se consideran sanos a menos que también esté presente una lesión cavitada.]

☐ Si ☐ NO **selladores dentales presentes**

Otros problemas (especificar):

III. Necesidades de tratamiento (marcar todo lo que corresponde)

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

☐ Puede necesitar tratamiento dental. Por favor hacer una cita con su dentista tan pronto como sea posible para una evaluación.

☐ Requiere tratamiento dental Inmediato. Favor de hacer una cita inmediatamente con su dentista para evitar problemas

Secciones opcionales: si aceptan divulgar esta información a la escuela de sus hijos, escriban sus iniciales aquí.

II. Estado de salud oral (marquen todo lo que corresponde).

☐ **No Experiencia con Caries / Antecedentes de Restauración** - ¿Ha tenido el/la niño/a alguna vez caries (tratada o no tratada)? [Un relleno(temporal/permanente) O un diente que falta porque se extrajo como resultado de caries O una cavidad abierta].

☐ **No Caries no tratadas** - ¿Tiene este niño/a una caries abierta? [Por lo menos 1/2 mm de pérdida de la estructura del diente en la superficie del esmalte. Coloración marrón a marrón oscura de las paredes de la lesión. Estos criterios se refieren tanto a las lesiones con hoyos y fisuras con cavidad como a las de las superficies lisas del diente. Si hay raíz residual, suponer que el diente entero fue destruido por la carie. Los dientes rotos o astillados, además de los dientes con empastes temporales, se consideran sanos a menos que también esté presente una lesión cavitada.

☐ **NO selladores dentales presentes**

☐

III. Necesidades de tratamiento (marcar todo lo que corresponde)

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

☐ Puede necesitar tratamiento dental. Por favor hacer una cita con su dentista tan pronto como sea posible para una evaluación.

☐ Requiere tratamiento dental Inmediato. Favor de hacer una cita inmediatamente con su dentista para evitar problemas.



Estimados Padres y Tutores:

El Departamento de Salud del Estado de Nueva York actualmente está distribuyendo yoduro de potasio (KI) a las escuelas que se encuentran dentro de un radio de diez millas de una instalación de energía nuclear. Debido a que nos encontramos a diez millas de Indian Point, se nos ha pedido que distribuyamos KI a todos nuestros estudiantes en caso de una emergencia nuclear. En tal emergencia, el yodo radiactivo puede liberarse en el aire y puede inhalarse o tragarse. Luego puede ingresar a la tiroides desde el torrente sanguíneo y dañarla. Los niños son particularmente susceptibles a este daño en la tiroides. El yoduro de potasio puede prevenir esto al saturar la tiroides con yodo no radiactivo, lo que previene o reduce la cantidad de yodo radiactivo que la tiroides absorberá.

Tenemos un suministro de yoduro de potasio proporcionado por el estado y, de acuerdo con las pautas proporcionadas, administraremos una dosis a todos los estudiantes en caso de una emergencia nuclear mientras estén en la escuela. Si **no** desean que su hijo/a reciba yoduro de potasio, firmen la renuncia a continuación y devuélvanla a la oficina de salud. Por favor, háganme saber si su hijo/a es alérgico/a al yodo, lo que automáticamente le impediría obtener el yoduro de potasio.

Si tienen alguna pregunta, no duden en ponerse en contacto conmigo al 265-9254, Ext. 125.

Atentamente,

Kathryn O'Hara, RN
Enfermera escolar

No se le debe dar yoduro de potasio a mi hijo/a en caso de una emergencia nuclear. Entiendo el riesgo asociado con la ingesta de yodo radiactivo, pero **NO** quiero que mi hijo/a reciba KI.

Nombre del niño o niña _____ Grado _____

Nombre del padre, madre o tutor _____

Firma del padre, madre o tutor _____

Fecha _____