

MAMARONECK UNION FREE

SCHOOL DISTRICT

Mamaroneck, NY 10543

Estudiante nuevo

Estimados padres/tutores de estudiantes nuevos:

Por favor completen los siguientes formularios en el paquete adjunto:

1. **Certificado de examen físico:** para ser completado por un médico/profesional del Estado de Nueva York después de tener un examen físico.

Por ley, todos los estudiantes nuevos y aquéllos que ingresan a los grados de pre-Kindergarten, Kindergarten, primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y undécimo deben tener un examen físico del Estado de Nueva York. Los formularios completos firmados, sellados y fechados en los últimos 12 meses son aceptables.

2. **Formulario de administración de vacunación:** para ser completado por el médico/profesional de su hijo(a).
3. **Formulario de detección de tuberculina:** debe ser completado por el médico/profesional de su hijo(a).
4. **Formulario del índice de masa corporal (IMC):** (forma no incluida en el paquete)
La enfermera escolar debe enviar un informe de IMC y categoría de estado de peso a los estudiantes que necesiten exámenes físicos. Si eligen NO querer que los datos anónimos de su hijo(a) sean informados al Estado, visiten nuestro sitio web e imprimen el Formulario de rechazo del IMC, firmenlo y devuélvanlo a su Enfermera escolar lo antes posible.
5. **Formulario de información del historial de salud del niño(a):** para ser completado por el padre/tutor.
La información en este formulario ayuda a determinar el estado de salud actual de su hijo(a). Este formulario debe completarse anualmente.
6. **Certificado de examen dental:** para ser completado por el dentista de su hijo(a).
El Estado de Nueva York exige que las escuelas públicas soliciten un certificado de salud dental para los estudiantes al momento de ingresar a la escuela y en los grados de pre-Kindergarten, Kindergarten, primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y undécimo.
7. **Hoja de permiso de medicamentos:** debe ser completada y firmada por el médico/profesional de su hijo(a) y firmada por un padre/tutor, sólo si su hijo(a) tomará algún medicamento mientras esté en la escuela durante el día escolar.

Este formulario NO está incluido en su paquete. Si es necesario, elijan uno en la Oficina de Salud o imprimanlo desde el sitio web de la escuela.

Ningún estudiante puede traer o tomar ningún medicamento en la escuela (incluyendo los inhaladores) sin una Hoja de autorización de medicamentos completa, así como un recipiente con la etiqueta de la farmacia para el medicamento. Esto incluye **TODOS** los medicamentos como Tylenol, Motrin, etc. Todos los medicamentos se guardan bajo llave en la enfermería.

Si su hijo(a) tiene asma, se recomienda tener un inhalador adicional en la enfermería.

Pueden subir sus documentos de salud a Operoo o traerlos directamente a la escuela de su hijo(a). Asegúrense de guardar una copia para ustedes.

POR FAVOR NO ENVÍEN FORMULARIOS POR CORREO DURANTE LOS MESES DE VERANO. LOS ESTUDIANTES NUEVOS NO PUEDEN COMENZAR LA ESCUELA SIN HABER SIDO AUTORIZADOS MÉDICAMENTE POR LA ENFERMERA ESCOLAR.

Si tienen alguna pregunta, por favor llamen o pasen por la Oficina de Salud. Gracias por su cooperación.

Sinceramente,

Vicky Ruggiero RN – Central School – 914-220-3410
Karen Torre RN – Chatsworth School – 914-220-3510
Madeline Lukas RN – Mam'k Ave School – 914-220-3610
Dora Espinoza RN – Mam'k Ave School – 914-220-3618
Storey West RN – Murray School – 914-220-3710
Jacqueline Sheppard RN – Hommocks School – 914-220-3310
Erin Irwin RN – Hommocks School – 914- 220-3318
Maureen Crean RN – MHS – 914-220-3112
Dina Murphy RN – MHS – 914-220-3111

TODOS LOS FORMULARIOS ESTÁN DISPONIBLES EN
LÍNEA EN
WWW.MAMKSCHOOLS.ORG- COMUNIDAD-
SERVICIOS DE SALUD- RECURSOS-
REGISTRO, PAQUETE DE SALUD

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR
IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
Asthma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
Seizures <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: _____ Date of last seizure: _____ <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI _____ kg/m2

Percentile (Weight Status Category): <5th 5th-49th 50th-84th 85th-94th 95th-98th 99th and >

Hyperlipidemia: No Yes Not Done **Hypertension:** No Yes Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	List Other Pertinent Medical Concerns (e.g. concussion, mental health, one functioning organ)
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lead Level Required Grades Pre- K & K	Date			
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g/dL}$				

System Review and Abnormal Findings Listed Below

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code*
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached	*Required only for students with an IEP receiving Medicaid	

Name:				DOB:	
Vision & Hearing SCREENINGS - Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11					
Vision (w/correction if prescribed)		Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity		20/	20/		<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening		<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail			<input type="checkbox"/>
Notes					
Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.					Not Done
Pure Tone Screening	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Referral <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/>
Notes					
Scoliosis Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK					
<input type="checkbox"/> Student may participate in all activities without restrictions. <input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling. <input type="checkbox"/> Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball. <input type="checkbox"/> Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field. <input type="checkbox"/> Other Restrictions: 					
Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level OR Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.					
Tanner Stage: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V Age of First Menses (if applicable) : _____					
<input type="checkbox"/> Other Accommodations*: (e.g. Brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggle, etc.) Use additional space below to explain. *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.					
MEDICATIONS					
<input type="checkbox"/> Order Form for Medication(s) Needed at School Attached					
IMMUNIZATIONS					
<input type="checkbox"/> Record Attached			<input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS		
HEALTH CARE PROVIDER					
Medical Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
Please Return This Form To Your Child's School When Completed.					

**MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT
VACCINATION ADMINISTRATION RECORD**

Please return this report to your School Nurse as soon as your child's vaccinations have been given and/or updated. Failure to provide acceptable evidence of immunization within fourteen days of entry may lead to exclusion from school. This period may be extended up to thirty days for those transferring from out of state or abroad. Vaccines must follow the Advisory Committee for Immunization (ACIP) guidelines.

This form should be completed and/or updated annually. Please see the list of immunization requirements below:

NAME: _____ **DATE:** _____

DOB: _____ **GRADE:** _____ **TEACHER/COUNSELOR** _____

School: CEN CHAT MAS MUR HMX HS Other: _____

Immunization Requirements:

As required by NY State Dept. of Education, Health Care Provider verification of the following is needed for school attendance:

- **DTaP** : three - five (3-5) doses of diphtheria and tetanus toxoid-containing vaccine and acellular pertussis vaccine
- **Tdap** : one (1)dose - students 11 years of age or older entering grade 6 through 12 are required to have one dose of Tdap
- **IPV** : three – four (3-4) doses of polio vaccine
- **MMR** : two (2) doses of live measles, mumps and rubella vaccine (K-12)
- **Hepatitis B** : three (3) doses of Hepatitis B vaccine at intervals recommended by the ACIP
- **VARICELLA**: – two (2) doses of Varicella (chicken Pox) entering kindergarten through grade 12
- **MENINGOCOCCAL**: one (1) dose entering Grade 7 through 11, one-two (1-2) doses at age 16 and entering Grade 12

In addition, for pre-kindergartners:

- **Hib** Haemophilus influenzae type b vaccine: 1-4 doses
- **PCV** Pneumococcal conjugate (PCV) 1-4 doses (age appropriate)
- **MMR & Varicella** : one (1 dose)

**VACCINATION ADMINISTRATION RECORD
TO BE COMPLETED & SIGNED BY THE HEALTH CARE PROVIDER**

<u>VACCINE</u>	<u>DATE GIVEN:</u>
DTaP 1 _____	DTaP 3 _____
DTaP 2 _____	DTaP 4 _____
DTaP 5 _____	OR...
DT 1 _____	OR Td 1 _____
DT 2 _____	OR Td 2 _____
DT 3 _____	OR Td 3 _____
Tdap _____	
IPV 1 _____	IPV 3 _____
IPV 2 _____	IPV 4 _____
VARICELLA 1 _____	
VARICELLA 2 _____	
MMR 1 _____	
MMR 2 _____	
TST (LAST) MANTOUX _____	RESULT _____ ❖
BCG _____	

<u>VACCINE</u>	<u>DATE GIVEN:</u>
HEP B 1 _____	
HEP B 2 _____	
HEP B 3 _____	
OR (Adult formulation 2 dose series, ages 11 – 15 yrs)	
HEP B 1 (1.0 ML) _____	
HEP B 2 (1.0 ML) _____	
HIB 1 _____	
HIB 2 _____	
HIB 3 _____	
HIB 4 _____	
PNEUMOCOCCAL VACCINE	
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____	
MENINGOCOCCAL VACCINE _____	
MENINGOCOCCAL VACCINE _____	
HEP A 1 _____	HEP A 2 _____
HUMAN PAPILLOMAVIRUS VACCINE (HPV)	
1 _____ 2 _____ 3 _____	
COVID 19 --PFIZER _____ MODERNA _____ J&J _____	
1 _____ 2 _____ 3 _____	

❖ If Positive TST, Chest x-ray needed:
Date of CXR: _____ Results: _____
INH started: _____ X _____ months

OFFICE STAMP NECESSARY HERE ↓

Healthcare Provider
NAME (Print) _____
ADDRESS: _____
CITY/STATE/ZIP: _____

SIGNATURE: _____
TELEPHONE #: _____
DATE: _____

MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

HEALTH OFFICE

Tuberculosis Screening/Clearance

Student's Name _____

Mamaroneck Schools require TB risk assessment for all incoming new students.

Students with **NORISK FACTORS** do not require further testing.

_____ This student has no TB risk factors

<p>MD SIGNATURE HERE _____</p> <p>DATE _____ STAMP _____</p>

Students with Risk Factors require TB testing:

_____ History of TB exposure

_____ Immigration from high incidence countries (Asia, Africa, Eastern Europe, Central & South America)

_____ Lodging with local residents, families in high incidence countries during travel

_____ Household contact with family members from high incidence countries

_____ Exposure to HIV infected, homeless, drug using or incarcerated individuals

_____ **TUBERCULIN SKIN TEST (TST)**

Date Placed _____ Date Read _____

mm of Induration _____

_____ Chest X-ray results

<p>MD SIGNATURE HERE _____</p> <p>DATE _____ STAMP _____</p>

Please see over for helpful information

These countries have LOW RATES OF TB. (2014 WHO)

Australia, Austria, Bahamas, Belgium, Canada, Costa Rica, Cuba, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Jamaica, Jordan, Luxembourg, Malta, Netherlands, New Zealand, Norway, Puerto Rico, Slovakia, Slovenia, Sweden, Switzerland, United Arab Emirates, United States of America. West Bank and Gaza Strip.

All other countries not listed have high rates of TB exposure (and require testing)

If Tuberculin Test or IGRA is positive, now or previously, the following are required:

1. **Date of Positive TST or IGRA** Date: ____/____/____

2. **Chest X-ray: (Please attach copy of report)** Date: ____/____/____

____ Normal
____ Abnormal _____
(Describe)

3. **Clinical Evaluation:**
____ Normal
____ Abnormal _____
(Describe)

4. **Treatment:**
____ No _____
(Please explain)
____ Yes _____
(Drug, Dose, Frequency, Dates)

Additional review of history, if indicated:

- BCG Vaccine _____ date
- Previous POS TST _____ date
- Previous treatment _____ date

Any other comments _____

Thank you.

Distrito Escolar de Mamaroneck
INFORMACIÓN DE HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE
 (A ser llenado por el padre o tutor al principio de cada año escolar)

El aprendizaje de su estudiante depende de tener buena salud. Para ayudarnos a proveer servicios de salud en la escuela, por favor llene el siguiente formulario. La información es confidencial y puede ser compartida con los maestros conforme sea necesario. **Regrese este formulario a la enfermera escolar lo más pronto posible.**
 Gracias.

Nombre del estudiante: (Por favor use letra de molde) _____

Fecha de nacimiento: _____ **Hombre** **Mujer**

Grado: _____ **Maestro(a)/Consejero(a):** _____

Escuela: Central Chatsworth Mamaroneck Avenue Murray
 Hommocks High School Otra

Nombre del(de los) Padre(s)/Tutor(es) con quien reside: _____

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre) _____; Hombre Mujer; Fecha de nacimiento: _____; relación _____

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre) _____; Hombre Mujer; Fecha de nacimiento: _____; relación _____

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre) _____; Hombre Mujer; Fecha de nacimiento: _____; relación _____

Nombre del doctor: _____ Fecha de la última visita: _____

Nombre del dentista: _____ Fecha de la última visita: _____

¿El estudiante va con un ortodoncista? No Sí **Nombre del doctor** _____

Nacimiento: ¿Alguna complicación o problema durante el embarazo y/o parto? No Sí

Por favor describa: _____

¿Embarazo llegó a término? No Sí Si no, ¿qué tan prematuro(a) fue el bebé? _____ (semanas).

Peso al nacer: _____ libras _____ onzas

El estudiante ha tenido:	SÍ	Fecha:	SÍ	Fecha:	
Varicela	<input type="checkbox"/>	_____	Meningitis	<input type="checkbox"/>	_____
Encefalitis	<input type="checkbox"/>	_____	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Lyme	<input type="checkbox"/>	_____	Prueba positiva de TB	<input type="checkbox"/>	_____
Tendencia a sangrar	<input type="checkbox"/>	_____	Neumonía	<input type="checkbox"/>	_____
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	_____

¿Alguna complicación de las enfermedades anteriores? (por favor explique) _____

¿El estudiante tiene o ha tenido alguna de las siguientes?

- ¿Alergias? Sí No
 - ¿A medicina, comida, insectos, polen?
 Por favor enumere: _____
 - ¿La alergia ha requerido acción de emergencia en el pasado? No Sí
 - ¿Qué le pasa al estudiante? _____
- ¿Asma? Sí No
 - Provocada por: _____ Tratamiento: _____
 - ¿Diagnosticada por un doctor? _____ Fecha: _____
 - Usa: inhalador nebulizador otra medicina
 - Tomada: solo en casa puede necesitar medicina en la escuela

DISTRITO ESCOLAR DE MAMARONECK

Mamaroneck, NY 10543

CERTIFICADO DEL DENTISTA

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro(a): _____



A SER COMPLETADO POR EL DENTISTA:

Fecha del último examen: _____

Marque el trabajo que fue completado en el último examen:

Inspección Limpieza Reparación Ningún tratamiento

Por favor provea cualquier información acerca de la salud dental del niño(a) que la enfermera escolar debería saber:

Nombre del dentista (por favor use letra de molde): _____

Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Sello de la oficina del dentista (requerido):



Para: Familias del Distrito de Mamaroneck

Por favor tome nota que **todos los formularios de salud** se pueden encontrar en la página web del distrito.

Para exámenes físicos:

- www.mamkschools.org
- Comunidad
- Servicios de salud
- Formularios individuales de salud
 - Certificado de examen físico
 - Formulario de administración de vacunación
 - Certificado dental
 - Formulario de tuberculosis

Para formularios de orden de medicamentos y planes de acción:

- www.mamkschools.org
- Comunidad
- Servicios de salud
- Información de salud para padres
 - Formulario de permiso de medicamentos
 - Plan de acción de emergencia para alergia, asma y convulsión

Atentamente,

Enfermeras del Distrito de Mamaroneck