

# **GRATIS**

**Padres/Guardian**

**Necesita ayuda para llenar los papeles de inscripcion del distrito escolar para su hijo/a GRATIS.**

**Por favor comunicarse con:**

**Sra. Caballero**

**516-547-8465 de Lunes a Viernes**

**Despues que tenga todo listo, por favor entregue los papeles de inscripcion en nuestra oficina del distrito localizada en 154 Dosoris Lane.**

**Gracias**

# GLEN COVE SCHOOLS

---

150 Dosoris Lane, Glen Cove, New York 11542 · (516) 801-7010 · Fax: (516) 801-7019

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

A petición del padre/tutor, este paquete de inscripción se ha llenado con la ayuda de un intérprete. El paquete de inscripción se presentó al padre/tutor en su idioma nativo de

\_\_\_\_\_

Este paquete fue lleno por:

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde (intérprete)

\_\_\_\_\_  
Firma (intérprete)

Aprobado por:

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde (padre/tutor)

\_\_\_\_\_  
Firma (padre/tutor)

# GLEN COVE SCHOOLS

---

150 Dosoris Lane, Glen Cove, New York 11542 · (516) 801-7010 · Fax: (516) 801-7019

Date: \_\_\_\_\_

At the request of the parent/guardian, this registration packet was completed with assistance of an interpreter. The registration packet was presented to the parent/guardian in their native language of \_\_\_\_\_.

This packet was completed by:

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

\_\_\_\_\_  
Sign Name (Interpreter)

Approved by:

\_\_\_\_\_  
Print Name (Parent/Guardian)

\_\_\_\_\_  
Sign Name (Parent/Guardian)

## Distrito Escolar de Glen Cove Inscripción de Nuevos Estudiantes

Para entrar en pre-jardín de infancia, los niños deben tener cuatro años de edad antes del 1 de diciembre del año escolar.

Para entrar en el jardín de infantes, los niños deben tener cinco años de edad antes del 1 de diciembre del año escolar.

### 1. Prueba de la edad de su hijo.

Maneras de mostrar la edad de un niño

- \* Certificado de nacimiento certificado (de cualquier país)
- \* Registro bautismal (de cualquier país)
- \* Un pasaporte (de cualquier país)

Si no tiene una partida de nacimiento, registro bautismal o pasaporte, puede usar otros documentos si los ha tenido por lo menos durante dos años, como por ejemplo:

- \* Licencia de conducir
- \* Identificación del estado o del gobierno
- \* Identificación de la foto de la escuela con fecha de nacimiento
- \* Tarjeta de Consulado
- \* Expedientes hospitalarios o de salud
- \* Tarjeta de identificación dependiente militar
- \* Otros documentos de agencias federales / estatales / locales (ejemplos: Departamento de Servicios Sociales, Oficina de Reasentamiento de Refugiados) Órdenes judiciales
- \* Documento tribal nativo americano
- \* Registros de agencias internacionales de ayuda o agencias voluntarias

### 2. Su propia identificación con foto, como una licencia de conducir o pasaporte.

### 3. Un registro del médico con todas las vacunas enumeradas con la firma de un doctor así que sello. Para los requisitos actuales de inmunización, seleccione este

enlace: <http://www.health.ny.gov/publications/2370.pdf> )

### 4. Prueba de residencia.

Maneras en que puede mostrar la residencia:

- \* Arrendamiento o escritura
- \* Declaración jurada de la persona a quien paga el alquiler, diciendo que usted vive allí \* Declaración jurada de un tercero diciendo que usted vive allí
- \* Una carta de la persona que paga el alquiler a decir que vive allí
- \* Una carta de otra persona diciendo que usted vive en su dirección

Si no tiene ninguna de las opciones anteriores, puede utilizar lo siguiente:

- \* Talón de pago mostrando su dirección
- \* Formulario de impuesto sobre la renta que muestra su dirección
- \* Factura de servicios públicos Otra cuenta en tu nombre
- \* Los documentos de membresía basados en la residencia, como una tarjeta de la biblioteca local \* Tarjeta de registro electoral
- \* Licencia de conducir, o permiso, o identificación de no conductor
- \* Estado u otro número de identificación gubernamental
- \* Documentos de agencias gubernamentales como una agencia de servicios sociales o la Oficina Federal de Refugiados Restablecimiento
- \* Documentos de custodia o tutela

### 5. Prueba de custodia o tutela

o

Una declaración jurada (Padre o Guardián) diciendo que usted tiene "custodia total y permanente y control" sobre el niño

o

Otra prueba como la documentación de que el niño ha sido colocado con un patrocinador por una agencia federal

# DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE GLEN COVE

Dosoris Lane

Glen Cove, Nueva York 11542

Hoy, \_\_\_\_\_, solicito permiso para que el niño cuya información aparece a continuación sea admitido al Distrito Escolar  
(Fecha)  
de la ciudad de Glen Cove.

DS                      LS                      GS                      CS                      MS                      HS

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
(Apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
mes                      día                      año

Madre/Guardián/otro \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: Casa (    ) \_\_\_\_\_ Trabajo (    ) \_\_\_\_\_ Celular (    ) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Padre/Guardián/otro \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: Casa (    ) \_\_\_\_\_ Trabajo (    ) \_\_\_\_\_ Celular (    ) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Todos los estudiantes entre los 5 y 21 años tienen derecho a la educación pública gratuita. No se puede rehusar la admisión a un niño debido a su raza, color, credo o nacionalidad de origen, sexo, ciudadanía, discapacidad o estado inmigratorio.

**ETNIA (debe seleccionar una):**

- Hispano, Latino o Español
- No Hispano, Latino o Español

**Raza (debe seleccionar al menos una):**

- Afroamericano
- Indio americano/nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawai/Islas del Pacífico
- Blanco

**Residencia / Vivienda**

- Otra situación
- Apartamento abandonado
- En un motel/hotel
- Estacion de tren o autobus
- Vivienda permanente
- Tren/Autobus/Automovil
- Con un familiar
- En un refugio
- Vivienda temporal
- Parque/Campamento

Favor sea comunicado de su derecho a la remisión y evaluación de su niño con el fin de programas o servicios de educación especial. Para obtener más información, puede comunicarse a nuestro Departamento de Educación Especial al 516-801-7051 o consulte la página web <http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/SpanishParentGuide.pdf> del estado de Nueva York, Guía de Educación Especial para los padres.

**PARA SER COMPLETADO SOLO POR LA ENFERMERA DE LA ESCUELA**

**Inmunizaciones/información médica**

Requisitos de inmunizaciones completos: sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Fecha de la primera vacuna antipoliomielítica: \_\_\_\_\_

Verificada por \_\_\_\_\_

Médico de familia: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(nombre) dirección teléfono

La Ley de Nueva York exige un examen físico dentro de los 30 días de admisión.

Requisito de examen físico completado: sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

En caso de emergencia, si yo (nosotros) no podemos contactarlo en ninguno de los números que figuran arriba, puede llamar a la siguiente persona. Están autorizados a buscar a mi hijo/a en caso de enfermedad, accidente o salida antes de hora. En caso de pedirle a otra persona que retire a mi hijo/a, entiendo que es mi responsabilidad notificarle a la escuela por escrito.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: Casa ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: Particular ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Si no desea que su hijo/a sea retirado de la escuela por una persona, notifíquelo a esta oficina por escrito. Por causas legales (por ejemplo, divorcio o separación) una orden de la corte debe estar en el archivo en la oficina.

Bajo **DELITO DE PERJURIO**, las afirmaciones contenidas en esta solicitud son verdaderas. Comprendo que las afirmaciones en esta solicitud están sujetas a verificación por el Distrito Escolar y que las afirmaciones falsas pueden someterme a cargos por el transporte y/o la enseñanza, cuando corresponda. Comprendo también que es mi responsabilidad notificar a la escuela de cualquier cambio o circunstancia que afecte esta solicitud. **CUALQUIER AFIRMACIÓN FALSA EN ESTA SOLICITUD TAMBIÉN ES PUNIBLE COMO DELITO DE CLASE "A" EN CONFORMIDAD CON LA SECCIÓN 210.45 DE LA LEY PENAL**

**Para firmar en el momento de la inscripción**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre EN LETRA DE IMPRENTA de la Madre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Nombre EN LETRA DE IMPRENTA del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma de la Madre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma de las personas a cargo de la inscripción y fecha

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Please enter student's previous school name and address)

Re: \_\_\_\_\_  
(Student's Name) (Grade) (Date of Birth)

To Whom It May Concern:

Please be advised that the student listed above has registered in our school district. Kindly send the following documents:

1. **Official transcript** with school seal and school official's signature (High School Students)  
(or please fax unofficial transcript)
2. Current report card
3. State exams (Regents, RCT's, etc)
4. Dates this student attended your school
5. Interpretation of your school's grading system
6. Mark and credit allowed in your school
7. Description of courses (if applicable)
8. Health records

Deasy Elementary School  
2 Dosoris Lane  
Glen Cove, New York 11542  
516-801-7110  
516-801-7119 (fax)

Gribbin Elementary School  
100 Seaman Road  
Glen Cove, New York 11542  
516-801-7110  
516-801-7119 (fax)

Margaret A. Connolly Elementary School  
100 Ridge Drive  
Glen Cove, New York 11542  
516-801-7001  
516-801-7319 (fax)

Landing Elementary School  
60 McLoughlin Street  
Glen Cove, New York 11542  
516-801-7410  
516-801-7419 (fax)

Robert M. Finley Middle School  
Att: Guidance Department  
1 Forest Avenue  
Glen Cove, New York 11542  
516-801-7500  
516-801-7579 (fax)

Glen Cove High School  
Att: Guidance Department  
150 Dosoris Lane  
Glen Cove, New York 11542  
516-801-7670  
516-801-7679 (fax)

For Special Education Records:  
Office of Pupil Personnel Services  
Glen Cove School District  
152 Dosoris Lane  
Glen Cove, New York 11542  
516-801-7050  
516-801-7059 (fax)

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

GLEN  
COVE  
SCHOOLS

---

---

150 Dosoris Lane, Glen Cove, New York 11542 · (516) 801-7010 · Fax: (516) 801-7019

A: Padre/Madre o Guardián de \_\_\_\_\_

REF.: Educación Especial/Servicios Especiales

¿Su hijo/a estuvo en algún programa de educación especial o necesitó algún servicio especial?

Sí  No

Firma del Padre/Madre o Guardián \_\_\_\_\_





Lisette 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 ("HLO" 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
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido		
Primer Nombre		Relación con el estudiante
CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR		

### Conocimientos de idiomas

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

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

### 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.

*Sí\**     *No*     *No se sabe*  
 \* En caso afirmativo, por favor explique : \_\_\_\_\_

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

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

10b. *\*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?*  
 No     Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

.....

.....

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

\_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
*Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal* *Date*  
 Relación con el estudiante:     Madre     Padre     Otra: \_\_\_\_\_

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
<b>**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b> _____ <small>MO.      DAY      YR.</small>	<b>OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b> <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
<b>DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:</b> _____ <small>MO.      DAY      YR.</small>	<b>PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:</b> <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

# **Formulario de transferencia de Aptitud Atlética Estudiantil**

*Debe completarse por todos los alumnos nuevos*

Fecha de compleción del formulario: \_\_\_\_\_

Primera fecha de ingreso en el 9° Grado: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado actual: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ No. particular: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ No. de celular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Razón del traslado: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor con quien reside: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha residido con esta Persona mencionada anteriormente?: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela secundaria anterior: \_\_\_\_\_

Fecha de retiro de la escuela indicada más arriba: \_\_\_\_\_

De resultar aplicable, nombre las escuelas secundarias a las que ha asistido anteriormente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere todos los deportes que ha practicado en los años/grados de participación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fue convocado o influenciado por alguien para la transferencia a la Escuela Secundaria de Glen Cove para practicar deportes? En caso de respuesta afirmativa, consigne el nombre de la persona

\_\_\_\_\_

Como alumno de 7° u 8° grado, ¿alguna vez practicó algún deporte en el equipo de la escuela secundaria? En caso de respuesta afirmativa, nombre los deportes y los años que jugó: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez estudió en otro país? En caso de respuesta afirmativa, ¿dónde y por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez jugó en un equipo deportivo organizado en otro país? En caso de respuesta afirmativa, explicar. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez se probó o formó parte de un equipo profesional? En caso de respuesta afirmativa, explicar.

\_\_\_\_\_

Firma del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del director atlético: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Decisión: Aprobado: \_\_\_\_\_ No apto: \_\_\_\_\_

**La aptitud debe aprobarse antes de la participación.**

# Student Athletic Eligibility Transfer Form

*Required to be completed for all new students*

Date of form completion: \_\_\_\_\_

First Date of Entry into 9<sup>th</sup> Grade: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Current Grade: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_

Home #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Cell #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reason for transfer/move: \_\_\_\_\_

Name of Parent/Guardian who you reside with: \_\_\_\_\_

How long have you resided with this Person named above: \_\_\_\_\_

Name of previous high school: \_\_\_\_\_

Date of withdrawal from school listed above: \_\_\_\_\_

If applicable, name of previous high schools attended: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Please list all sports you have participated in and the years/grades of participation:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Were you recruited or influenced by anyone to transfer to Glen Cove High School to play sports?

If yes, please provide the name of the person. \_\_\_\_\_

As a 7<sup>th</sup> or 8<sup>th</sup> grade student did you ever play sports on a high school team? If yes, please list the sports and the years played: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Were you ever a student in another country? If yes, where and why? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Did you ever play on an organized sports team in another country? If yes, please explain. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Have you ever tried out for or participated with a professional team? If yes, please explain.

\_\_\_\_\_

Signature of Student: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Athletic Director: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Decision: Approval: \_\_\_\_\_ Ineligible: \_\_\_\_\_

**Eligibility must be approved prior to participation.**

**GLEN COVE CITY SCHOOL DISTRICT  
RECONOCIMIENTO DE INMUNIZACIÓN**

Estimado Padre / Tutor:

La Ley de Educación del Estado de Nueva York y el Reglamento del Comisionado de Educación exigen un examen físico de todos los niños que ingresan en un distrito escolar por primera vez. Debe completarse no más de 12 meses antes o 30 días después de ingresar a la escuela

La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, Sección 2164, establece que las escuelas no pueden permitir que un niño sea admitido a menos que el padre proporcione a la escuela un certificado de inmunización o un comprobante de que el niño está recibiendo las inmunizaciones requeridas..

Se adjuntan formularios de la escuela para su conveniencia. Según la ley, estos deben completarse con 14 días de la entrada del niño a la escuela. Complete y firme los formularios de salud adjuntos, así como el acuse de recibo a continuación

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su salud, no dude en llamar a la escuela correspondiente.

---

**RECONOCIMIENTO DE PADRE / TUTOR**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

De conformidad con la Ley de Salud Pública 2164, yo / nosotros, el abajo firmante, reconocemos que tenemos catorce (14) días [30 días para los registros del estado de Nueva York] para proporcionar al Distrito Escolar de Glen Cove los registros de vacunación de nuestro hijo / hija. Además, entendemos que no cumplir dentro del tiempo asignado puede resultar en la exclusión de mi hijo de la escuela.

---

Firma del Padre / Tutor

---

Fecha

**GLEN COVE CITY SCHOOL DISTRICT**  
**Glen Cove, New York 11542**  
**LOS DIENTES DE SUS HIJOS — INFORMACIÓN IMPORTANTE**

Estimados padres:

Más del 95 % de las caries aparecen o comienzan entre los 5 y los 18 años de edad (los años de escolaridad). Sin embargo, no todas las caries deben aparecer. Mientras son jóvenes, los niños deben desarrollar los hábitos de buena salud dental, hábitos que serán muy importantes para evitar la aparición de caries dentales, el problema dental más frecuente de los niños. Algunas reglas simples pueden ayudar... y son muy fáciles de seguir. Estas reglas pueden ayudar a su hijo a disfrutar de una sonrisa brillante y perfecta toda su vida, y evitarles la incomodidad de la pérdida de dientes prematura. Inicie hoy mismo a su hijo en este programa:

1. Visitar a su dentista regularmente. Al corregir pequeños defectos antes de que se conviertan en grandes problemas, el dentista evitará que su hijo sufra problemas dentales graves en el futuro.
2. Llevar una dieta saludable y bien equilibrada: carne sin grasa, pescados, aves, cereales y productos lácteos. Las frutas y verduras frescas son excelentes para la salud dental e ideales como deliciosos snacks.
3. Cepillarse los dientes inmediatamente después de las comidas, si es posible, porque la caries comienza a desarrollarse a los pocos minutos de comer. Cepillarse en el sentido del crecimiento de los dientes: hacia abajo los dientes superiores y hacia arriba los inferiores. Si no es posible cepillarse, enjuagarse la boca con agua ayudará.

Recuerde: ningún niño puede dar lo mejor de sí mismo en la escuela si está molesto por problemas dentales. Y nada aporta más a su apariencia agradable y a su felicidad que una boca saludable y dientes brillantes. Muchas gracias por su colaboración.

Superintendente de Escuelas

Cortar por la línea y devolver

---

**CERTIFICADO ODONTOLÓGICO ANUAL**

NOMBRE \_\_\_\_\_  
SALA DONDE SE REÚNEN LOS ALUMNOS (HOME ROOM) \_\_\_\_\_  
EXAMINADO EL \_\_\_\_\_  
NO REQUIERE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_  
TRATAMIENTO EN PROGRESO \_\_\_\_\_  
TRATAMIENTO COMPLETADO EL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ODONTÓLOGO

SI NO ESTÁ BAJO TRATAMIENTO, EXPLIQUE LA RAZÓN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O MADRE

**DISTRITO de GLENCOVE**

**FORMA de SALUD**

Completar por el Padre/Tutor

Fecha \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Doctor de la familia \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Por favor de dar el nombre de alguna persona para poder llamar en caso de emergencia si no se pueden encontrar a los padres. Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Nota:** La escuela no tiene facilidades, para cuidar a los niños que están enfermos en la escuela ni tampoco tiene transportación para llevar los niños para la casa. Es muy importante que usted notifique a la escuela si hay algún cambio de información.

**HISTORIA MÉDICA**

	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha
Anemia		Enfermedad de Corazón		Fiebre Reumática		Asma o alergias	
Viruela Loca		Sarampión		Fiebre Escarlata		Condición de Oído	
Diabetes		Paperas		Tuberculosis		Resfriados Frecuente	
Epilepsia		Nefritis		Contacto con/TBC		O mal de garganta	
Sarampión Negro		Neumonía		Tos ferina		Operaciones	
						Heridas Serias	

Otras enfermedades serias o impotencia física \_\_\_\_\_

Puede el o ella participar en todas las actividades físicas \_\_\_\_\_

Puede ella o el participar en todas las actividades y en los deportes \_\_\_\_\_

Esta su hijo(a) bajo alguna medicación \_\_\_\_\_. Si es así: por favor debe mencionarlas y escriba el nombre del doctor \_\_\_\_\_

Si su hijo(a) ha sido alguna vez hospitalizado, por favor de dar la razón y la fecha aproximada \_\_\_\_\_

Esta su hijo(a) tomando alguna medicación \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ veces \_\_\_\_\_

Tiene su hijo(a) algún problema en el oír \_\_\_\_\_ doctor \_\_\_\_\_ Problema in el habla \_\_\_\_\_

Tiene su hijo(a) algún problema en la vista \_\_\_\_\_ doctor \_\_\_\_\_ usa Anteojos \_\_\_\_\_

Tiene su hijo(a) algún problema de balance o coordinación \_\_\_\_\_ Escoliosis \_\_\_\_\_

Ha tenido fiebre prolongada \_\_\_\_\_ o convulsiones \_\_\_\_\_ detalles \_\_\_\_\_

Ha tenido EEG \_\_\_\_\_ examen neurológico \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_ doctor \_\_\_\_\_

Ha alguna vez tomado alguna sustancia venenosa \_\_\_\_\_ detalles \_\_\_\_\_

Firma de los Padres \_\_\_\_\_

(Virar)

Fecha \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

Idioma que se habla en la casa \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Historia Prenatal:

- Edad de la madre cuando nació el niño(a) \_\_\_\_\_
- Señale las condiciones que la madre tuvo durante el embarazo:
 

Infección de Virus _____	Sarampión Negro _____	Diabetes _____
Sangrando _____	Anemia _____	RH _____
Presión alta _____	Enfermedad de Riñones o vejiga _____	Convulsión _____
Vomito prolongado _____	Accidente o herida _____	Rayos X _____
- Señale aquellas medicaciones que se tomaron durante el embarazo:
 

Pastillas de Agua _____	Nausea _____	Dolor _____	Dormir _____	Alcohol _____	o otra droga _____
-------------------------	--------------	-------------	--------------	---------------	--------------------

Historia de Nacimiento:

- Peso del niño(a) \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ Onzas \_\_\_\_\_
- Tiempo completo \_\_\_\_\_ Prematuro \_\_\_\_\_ ultimo mes 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ Incubadora \_\_\_\_\_
- Tipo de Nacimiento: Parto prolongado \_\_\_\_\_ Parto corto \_\_\_\_\_ Inducido \_\_\_\_\_ Uso de fórceps \_\_\_\_\_  
 Anestesia: local \_\_\_\_\_ general \_\_\_\_\_ espina dorsal \_\_\_\_\_ ninguna \_\_\_\_\_ no se acuerda \_\_\_\_\_  
 El bebe nació: cabeza primero \_\_\_\_\_ sentado \_\_\_\_\_ cordón al rededor del cuello \_\_\_\_\_ cesaría \_\_\_\_\_
- Condiciones de Nacimiento: Normal \_\_\_\_\_ Dificultades en respirar \_\_\_\_\_ Tiricia \_\_\_\_\_  
 Recibió transfusión \_\_\_\_\_ Dificultades en dormir \_\_\_\_\_ Dificultades en comer \_\_\_\_\_  
 Parálisis \_\_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_ Defectos Físicos (especifique) \_\_\_\_\_

Historia de Desarrollo:Físico:

- Tuvo el niño(a) algún problema en comer \_\_\_\_\_ cólico \_\_\_\_\_ alergias \_\_\_\_\_ mal nutrido \_\_\_\_\_  
 Comía demasiado \_\_\_\_\_
- A que edad se sentó el niño(a) \_\_\_\_\_ camino \_\_\_\_\_ hablo \_\_\_\_\_
- A que edad aprendió a ir al baño \_\_\_\_\_
- Es el habla de su hijo(a) difícil de entender \_\_\_\_\_ cecea \_\_\_\_\_ tartamudo \_\_\_\_\_ error en el habla \_\_\_\_\_  
 Duro en hablar \_\_\_\_\_
- Es su hijo(a) derecho \_\_\_\_\_ zurdo \_\_\_\_\_ o usa las dos manos \_\_\_\_\_

Sociable/Emoción:

- Tiene su hijo(a) tendencia de nervios \_\_\_\_\_ Si, por favor de elaborar \_\_\_\_\_  
 Chupa dedo \_\_\_\_\_ Se come las uñas \_\_\_\_\_ Tiene miedo a la oscuridad \_\_\_\_\_  
 Pesadillas \_\_\_\_\_ Moja la cama \_\_\_\_\_ Dolor de cabeza \_\_\_\_\_ Frecuente dolores de estomago \_\_\_\_\_  
 Vomitar \_\_\_\_\_ Exceso de historia (mentiras o fantasías) \_\_\_\_\_ Se niega a hablar \_\_\_\_\_
- Tiene concierno acerca de su comportamiento \_\_\_\_\_  
 Testarudo \_\_\_\_\_ exceso de cólera \_\_\_\_\_ Pataletas \_\_\_\_\_ resiste a la autoridad \_\_\_\_\_  
 Poca atención \_\_\_\_\_ inquieto \_\_\_\_\_ muy activo \_\_\_\_\_ demasiado ansioso \_\_\_\_\_  
 Dependiente \_\_\_\_\_  
 Miedo de equivocarse \_\_\_\_\_ decaído \_\_\_\_\_ Tiene pocos amigos \_\_\_\_\_ solitario \_\_\_\_\_

Aprendiendo

- Ha tenido su hijo(a) dificultades en: Lectura \_\_\_\_\_ Deletreo \_\_\_\_\_ Escritura \_\_\_\_\_  
 Matemáticas \_\_\_\_\_ Dificultades en aprender \_\_\_\_\_ Por favor elabore \_\_\_\_\_
- Ha habido algún miembro de la familia con alguna de estas dificultades, por ejemplo padres, abuelos, hermanos o hermanas \_\_\_\_\_

Firma de la Enfermera \_\_\_\_\_ Firma de los Padres \_\_\_\_\_



**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**

<b>Allergies</b> <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
<b>Asthma</b> <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
<b>Seizures</b> <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
<b>Diabetes</b> <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):**  <5<sup>th</sup>  5<sup>th</sup>-49<sup>th</sup>  50<sup>th</sup>-84<sup>th</sup>  85<sup>th</sup>-94<sup>th</sup>  95<sup>th</sup>-98<sup>th</sup>  99<sup>th</sup> and >

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

**PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT**

<b>Height:</b>	<b>Weight:</b>	<b>BP:</b>	<b>Pulse:</b>	<b>Respirations:</b>
<b>Laboratory Testing</b>	<b>Positive</b>	<b>Negative</b>	<b>Date</b>	<b>List Other Pertinent Medical Concerns (e.g. concussion, mental health, one functioning organ)</b>
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Lead Level Required Grades Pre- K &amp; K</b>			<b>Date</b>	
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 5$ $\mu\text{g}/\text{dL}$				
<input type="checkbox"/> <b>System Review and Abnormal Findings Listed Below</b>				
<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:	
<b>SCREENINGS</b>					
<b>Vision</b> (w/correction if prescribed)		<b>Right</b>	<b>Left</b>	<b>Referral</b>	<b>Not Done</b>
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					
<b>Hearing</b> 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.					<b>Not Done</b>
Pure Tone Screening	<b>Right</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<b>Left</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<b>Referral</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	
Notes					
<b>Scoliosis</b> Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7		<b>Negative</b>	<b>Positive</b>	<b>Referral</b>	<b>Not Done</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<b>RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Student may participate in all activities without restrictions.</b> <input type="checkbox"/> <b>Student is restricted from participation in:</b> <input type="checkbox"/> <b>Contact Sports:</b> Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling. <input type="checkbox"/> <b>Limited Contact Sports:</b> Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball. <input type="checkbox"/> <b>Non-Contact Sports:</b> Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field. <input type="checkbox"/> <b>Other Restrictions:</b>					
<b>Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required</b> for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level <b>OR</b> Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level. <b>Tanner Stage:</b> <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"/> <b>Other Accommodations*:</b> (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.					
<b>MEDICATIONS</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Order Form for Medication(s) Needed at School Attached</b>					
<b>IMMUNIZATIONS</b>					
		<input type="checkbox"/> Record Attached	<input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS		
<b>HEALTH CARE PROVIDER</b>					
Medical Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
<b>Please Return This Form To Your Child's School When Completed.</b>					

**DECLARACION JURADA DEL DUENO**

**ESTADO DE NEW YORK )**

**)ss.**

**CONDADO DE \_\_\_\_\_)**

Fecha: \_\_\_\_\_

A quien concierne:

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que  
(Nombre del Dueno)

\_\_\_\_\_ y  
(Nombre del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ residen en:  
(Nombre de los Ninos que buscan inscribirse)

\_\_\_\_\_  
(Direccion)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Codigo Postal)

\_\_\_\_\_  
Firma del Dueno

Jurado ante mi el \_\_\_\_\_ dia de \_\_\_\_\_, 20

\_\_\_\_\_  
Notario Publico

**DECLARACION JURADA DE TERCEROS**

**ESTADO DE NEW YORK )**

**)ss.**

**CONDADO DE \_\_\_\_\_)**

Fecha: \_\_\_\_\_

A quien concierne:

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que  
(Firma de Terceros)

\_\_\_\_\_ y  
(Nombre del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ residen en:  
(Nombre de los Ninos que buscan inscribirse)

\_\_\_\_\_  
(Direccion)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Codigo Postal)

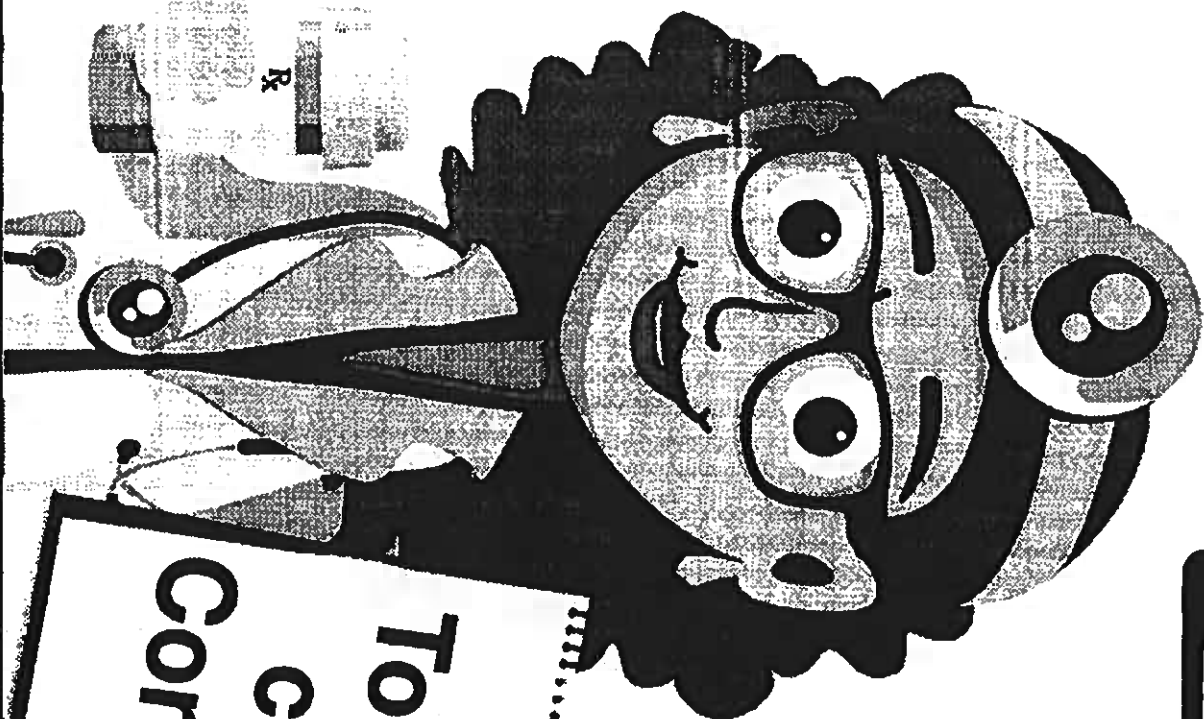
\_\_\_\_\_  
Firma de Terceros

Jurado ante mi \_\_\_\_\_ el dia de \_\_\_\_\_, 20

\_\_\_\_\_  
Notario Publico



**Island Harvest**  
A FOOD BANK FOR LONG ISLAND



**Tomen  
con  
Comida**



**?Qué es SNAP?**

Anteriormente conocido como estampillas de comida. Puedes obtener mas dinero para alimentos saludables que necesitas

**Podemos ayudarte  
a conseguir mas  
dinero para comida**

Llámanos hoy al  
**516-805-1642**  
[snap@islandharvest.org](mailto:snap@islandharvest.org)

Bethpage

Calverton

Hauppauge

Uniondale

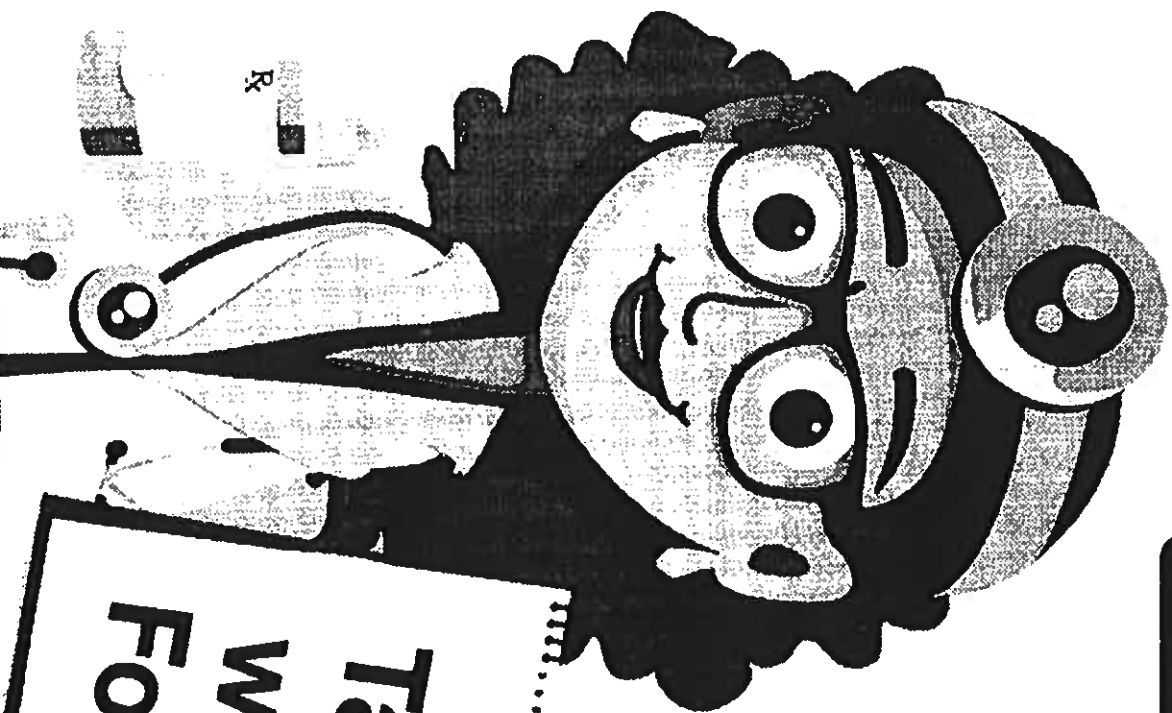
631-873-4775

516-294 8528

[WWW.ISLANDHARVEST.ORG](http://WWW.ISLANDHARVEST.ORG)



**Island Harvest**  
A FOOD BANK FOR LONG ISLAND



**Take  
With  
Food**



**What is SNAP?**

Formerly known as Food Stamps, You can get more money for the healthy foods you need.

**We can help  
you get money  
for food.**

Call us today at  
**516-805-1642**  
[snap@islandharvest.org](mailto:snap@islandharvest.org)

Bethpage

Calverton

Hauppauge

Uniondale

631-873-4775

516-294-8528

[WWW.ISLANDHARVEST.ORG](http://WWW.ISLANDHARVEST.ORG)