

Required Documents for On-Line Registration Checklist

____ **HOUSING QUESTIONNAIRE**

____ **RESIDENCY AFFIRMATION FORM**

____ **HOME LANGUAGE QUESTIONNAIRE**

____ **PROOF OF RESIDENCY**

All students entering the Clarkstown Central School District must provide the proper documentation as outlined below to establish residency. All proofs of residency must be current, i.e. tax bill and utility bill cannot be dated prior to 60 days before submission of this registration. The documents provided must always state the student's physical address. A post office box is never an accepted address for the purpose of determining residency. Leases and affidavits must be updated annually, and homeownership will be verified via annual tax bill.

HOMEOWNERS

The name and address on the documents must match the name and address of the parent or legal guardian of the student being registered.

____ **Mortgage Statement or Tax Bill**

If you have just recently closed on a new home, please provide your Settlement/Closing Statement or Deed.

-AND-

____ **Current Utility Bill OR Utility hook-up receipt** (i.e., cable, electric, gas/fuel, water, home telephone or internet service)

-OR-

RENTERS

The name and address on the documents must match the name and address of the parent or legal guardian of the student being registered.

____ **Signed Lease Agreement with the terms listed and landlord's phone number**

-AND-

____ **Current Utility Bill OR Utility hook-up receipt** (i.e., cable, electric, gas/fuel, water, home telephone or internet service). *Please note: After enrollment, a current lease and utility bill must be submitted to the Registrar's Office within 30 days of the lease expiration date.*

Submitting false documentation may be punishable as a crime under Section 210.35 and 210.45 of the Penal Law of the State of New York and will be referred to the proper authority for prosecution to the fullest extent of the law.

**The Clarkstown Central School District reserves the right to
request additional and/or updated proof of residency.**

CCSD REGISTRATION INFORMATION

DOCUMENT CHECK LIST (cont.):

_____ **BIRTH CERTIFICATE**

Copy of original birth certificate with raised seal (translated into English, if necessary).

_____ **PROOF OF PARENTAL RELATIONSHIP**

Students will be registered when proper proof of parental relationship is presented. The parent/legal guardian must be present at time of registration and must provide a copy of valid photo ID.

_____ **Driver's License or Government Issued I.D.**

_____ **Custody Paperwork, if necessary:**

Foster Parents: DSS-2999 form is required.

Guardianship: Guardianship documents signed by a court officer are required.

Separated or Divorced Parents: Documents signed by a court officer stating parent has physical custody of the child is required.

_____ **HEALTH INFORMATION**

_____ **Health Packet**

The medical questionnaire must be completed by the parent.

_____ **Immunization Records**

Must be signed or stamped by a licensed healthcare provider.

_____ **SCHOOL RECORDS**

_____ **Report Card or Progress Report**

The most recent school reports are recommended.

_____ **Current Individualized Education Program (IEP), if applicable.**

REGISTRO DE INFORMACIÓN clarkstown CENTRAL DEL DISTRITO ESCOLAR

Teléfono: 845-639-6310 Sitio web: www.ccsd.edu

SOLICITANDOCUMENTOS para Lista de verificación de registro en línea

- ☐ CUESTIONARIO CAJA
- ☐ DE RESIDENCIA AFIRMACIÓN FORMA
- ☐ CUESTIONARIO IDIOMA
- ☐ PRUEBA DE RESIDENCIA

Todos los estudiantes que entran en el distrito escolar de Clarkstown Central debe proporcionar la documentación apropiada como se indica a continuación para establecer su residencia. Todas las pruebas de residencia deben estar al día, es decir, la factura de impuestos y la factura de servicios públicos no pueden tener una fecha anterior a 60 días antes de la presentación de este registro. Los documentos proporcionados siempre deben indicar la dirección física del estudiante. Un apartado de correos nunca es una dirección aceptada para determinar la residencia. Los arrendamientos y declaraciones juradas deben actualizarse anualmente, y la propiedad de la vivienda se verificará mediante la factura de impuestos anual.

PROPIETARIOS

El nombre y la dirección en los documentos deben coincidir con el nombre y la dirección del padre o tutor legal del estudiante que se registra.

☐ Declaración de hipoteca o factura de impuestos

Si acaba de cerrar una casa nueva, proporcione su declaración de liquidación / cierre o escritura.

-Y-

☐ Factura de servicios públicos actual O recibo de conexión de servicios públicos (es decir, cable, electricidad, gas / combustible, agua, teléfono residencial o servicio de Internet)

-O-

ARRENDATARIOS

☐ El nombre y la dirección en los documentos deben coincidir con el nombre y la dirección del padre tutor del estudiante que se registra.

☐ Acuerdo de arrendamiento firmado con los términos enumerados y el número de teléfono del propietario -

-Y-

☐ Factura de servicios públicos actual O recibo de conexión de servicios públicos (es decir, cable, electricidad, gas / combustible, agua, teléfono residencial o servicio de Internet). *Tenga en cuenta: Después de la inscripción, se debe presentar un contrato de arrendamiento y una factura de servicios públicos actual a la Oficina del Registrador dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento del arrendamiento.*

El Distrito Escolar Central de Clarkstown se reserva el derecho de solicitar prueba de residencia adicional y / o actualizada.

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE CCSD LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTO(cont.):

_____ CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Copia del original acte de nacimiento con sello en relieve (traducido al inglés, si es necesario).

_____ PRUEBA DE PARENTESCO

Los estudiantes serán registrados cuando se presente la prueba adecuada de la relación con los padres.

Los padres o tutor legal deben estar presentes el momento de la inscripción y deben haber proporcionado una copia de una identificación con foto válida.

_____ Licencia de conducir o identificación emitida por el gobierno

_____ Papeles de custodia, si es necesario:

Padres de crianza temporal: Se requiere el formulario DSS-2999.

Tutela: Se requieren documentos de tutela firmados por un oficial de la corte.

Padres separados o divorciados: Se requieren documentos firmados por un oficial de la corte que indiquen que el padre tiene la custodia física del niño/niña.

_____ INFORMACIÓN DE SALUD

_____ Paquete de Salud

Los padres deben completar el cuestionario médico.

_____ Los Registros de Vacunación

Deben estar firmados o sellados por un proveedor de atención médica autorizado.

_____ EXPEDIENTE EDUCATIVO

_____ Programa de educación individualizado actual (IEP), si corresponde.

**CLARKSTOWN CENTRAL SCHOOL DISTRICT
HOUSING QUESTIONNAIRE**

Name of LEA: Ms. Erin Ginsberg Supervisor of Pupil Services

Name of School: _____

Name of Student: _____
Last First Middle

Gender: ☐ Male Date of Birth: ____ / ____ / ____ Grade: ____ ID#: ____
Female Month Day Year (preschool-12) (optional)

Address: _____ Phone: _____

The answer you give below will help the district determine what services you or your child may be able to receive under the McKinney-Vento Act. Students who are protected under the McKinney-Vento Act are entitled to immediate enrollment in school even if they don't have the documents normally needed, such as proof of residency, school records, immunization records, or birth certificate. Students who are protected under the McKinney-Vento Act may also be entitled to free transportation and other services.

Where is the student currently living? (Please check one box.)

- ☐ In a shelter
☐ With another family or other person because of loss of housing or as a result of economic hardship (sometimes referred to as "doubled-up")
☐ In a hotel/motel
☐ In a car, park, bus, train, or campsite
☐ Other temporary living situation (Please describe): _____
☐ In permanent housing

Print name of Parent, Guardian, or
Student (for unaccompanied homeless youth)

Signature of Parent, Guardian, or
Student (for unaccompanied homeless youth)

Date

NOTE TO SCHOOLS/LEAS: If the student is **NOT** living in permanent housing, please ensure that a Designation Form is completed.

**CLARKSTOWN CENTRAL SCHOOL DISTRICT
CUESTIONARIO DE VIVIENDA**

Nombre del Distrito Escolar:

Ms. Erin Ginsberg Supervisor of Pupil Services

Nombre de la Escuela:

Nombre del Estudiante:

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: ☐ Hombre Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Grado: ____ ID#: ____
☐ Mujer *Mes* *Día* *Año* *(jardín de infantes – 12)* *(opcional)*

Dirección: _____

Teléfono: _____

Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.

¿Dónde está el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque una caja.)

- ☐ En un refugio
- ☐ Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
- ☐ En un hotel/motel
- ☐ En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- ☐ Otra vivienda temporal (Por favor describa):

☐ En un hogar permanente

Nombre de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)
acompañamiento)

Firma de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin

Fecha

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Si el estudiante **NO** vive en un hogar permanente, favor de asegurarse que una Formulario de Designación sea completado.

STUDENT REGISTRATION / DISTRICT RESIDENCY AFFIRMATION

In order to attend the schools of the Clarkstown Central School District, a child must reside within the District. Per New York State Education Law, residency requires the child's physical presence as an inhabitant of the district and the intention to reside within the district. Children who do not live within District boundaries are not eligible to attend District schools. (Note that a child's residence is generally presumed to be that of his/her parents or legal guardian.)

When you register your child, you are declaring to the District that the child is in fact a District resident, and intends to remain in the District. If you present an in-District address when registering the child, despite the child residing out-of-District, we will take the steps necessary to remove the child from school and the District will seek to recoup imputed tuition and legal penalties.

It is the obligation of the parent or guardian to advise the District immediately if there is any change of address at which the child resides, or if there is a change in the custodial relationship to the child by a parent or guardian.

If you are unsure as to whether your child is a resident of the District, please contact the Registrar's Office at 845.639.6310.

I attest that all the information provided on the following registration form and other associated paperwork submitted concerning the residency of my child, including any asserted-as-binding custodial arrangement, is accurate. I understand that if I deliberately provide false or inaccurate information to the Clarkstown Central School District in order to gain admission to District schools, I may be committing a crime subject to prosecution. I also understand that I will be responsible for the payment of tuition for my child if s/he received educational services from the District to which he/she was not entitled because of non-residency.

Date _____

Student's Name _____ Date of Birth _____

Print Name of Parent/Legal Guardian (Circle One) _____

Residence (Home Address) of Parent/Legal Guardian

Signature of Parent/Legal Guardian _____

Making a false statement to obtain a governmental benefit to which one is not entitled can represent a variety of criminal violations, as per Sections 155.30, 155.35, 155.40, 175.30, 175.35, 210.05, 210.10, and/or 210.45 of the New York Penal Law.

REGISTRO DE ESTUDIANTES / AFIRMACION DE RESIDENCIA DEL DISTRITO

Para asistir a las escuelas del Distrito Escolar Central de Clarkstown, un niño debe residir dentro del Distrito. Según la Ley de Educación del Estado de Nueva York, la residencia requiere la presencia física del niño como habitante del distrito y la intención de residir dentro del distrito. Los niños que no viven dentro de los límites del Distrito no son elegibles para asistir a las escuelas del Distrito. (Tenga en cuenta que generalmente se presume que la residencia de un niño es la de sus padres o su tutor legal.)

Cuando usted registra a su hijo, usted está declarando al Distrito que el niño es de hecho un residente del Distrito, y tiene la intención de permanecer en el Distrito. Si presenta una dirección en el distrito al registrar al niño, a pesar del niño que reside fuera del distrito, tomaremos las medidas necesarias para remover al niño de la escuela y el Distrito tratará de recuperar la cuota imputada y las penas legales.

Es la obligación del padre o guardián de informar al Distrito inmediatamente si hay algún cambio de dirección en el cual el niño reside, o si hay un cambio en la relación de custodia al niño por un padre o guardián.

Si no está seguro de si su hijo es residente del Distrito, contacte la Oficina del Registro al (845) 639-6310.

Yo atestiguo que toda la información proporcionada en el siguiente formulario de inscripción y otros documentos relacionados presentados sobre la residencia de mi hijo, incluyendo cualquier arreglo de custodia afirmado como obligatorio, es correcto. Entiendo que si proveo deliberadamente información falsa o inexacta al Distrito Escolar Central de Clarkstown para poder ingresar a las escuelas del Distrito, puedo estar cometiendo un crimen sujeto a procesamiento. También entiendo que seré responsable del pago de la matrícula para mi hijo si él / ella recibió servicios educativos del Distrito al cual él / ella no tenía derecho debido a la no residencia.

Fecha _____

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre/Tutor Legal (Círculo Uno) _____

Residencia (Domicilio) del Padre / Tutor Legal _____

Firma del Padre/Tutor Legal _____

El hecho de hacer una declaración falsa para obtener un beneficio gubernamental al cual no se tiene derecho puede representar una variedad de violaciones criminales, según las secciones 155.30, 155.35, 155.40, 175.30, 175.35, 210.05, 210.10 y / o 210.45 de la Ley Penal de Nueva York .



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

Lisette Colón-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

Home Language Questionnaire (HLQ)

*Dear Parent or Guardian:
In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she understands, speaks, reads and writes in English, as well as prior school and personal history. Please complete the sections below entitled Language Background and Educational History. Your assistance in answering these questions is greatly appreciated. Thank you.*

Please write clearly when completing this section.

STUDENT NAME:

First Middle Last

DATE OF BIRTH:

Month Day Year

GENDER:

☐ Male
☐ Female

PARENT/PERSON IN PARENTAL RELATION INFO:

Last Name First Name Relation to Student

HOME LANGUAGE CODE

Language Background (Please check all that apply.)

1. What language(s) is(are) spoken in the student's home or residence?	☐ English	☐ Other	_____ specify
2. What was the first language your child learned?	☐ English	☐ Other	_____ specify
3. What is the Home Language of each parent/guardian?	☐ Mother	☐ Father	_____ specify
	☐ Guardian(s)		_____ specify
4. What language(s) does your child understand?	☐ English	☐ Other	_____ specify
5. What language(s) does your child speak?	☐ English	☐ Other	_____ specify ☐ Does not speak
6. What language(s) does your child read?	☐ English	☐ Other	_____ specify ☐ Does not read
7. What language(s) does your child write?	☐ English	☐ Other	_____ specify ☐ Does not write

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

Home Language Questionnaire (HLQ)—Page Two

Educational History

8. Indicate the total number of years that your child has been enrolled in school _____

9. Do you think your child may have any difficulties or conditions that affect his or her ability to understand, speak, read or write in English or any other language? If yes, please describe them.

Yes* No Not sure

☐ ☐ ☐ *If yes, please explain: _____

How severe do you think these difficulties are? ☐ Minor ☐ Somewhat severe ☐ Very severe

10a. Has your child ever been referred for a special education evaluation in the past? ☐ No ☐ Yes* *Please complete 10b below

10b. *If referred for an evaluation, has your child ever received any special education services in the past?

☐ No ☐ Yes – Type of services received:

Age at which services received (Please check all that apply):

☐ Birth to 3 years (Early Intervention) ☐ 3 to 5 years (Special Education) ☐ 6 years or older (Special Education)

10c. Does your child have an Individualized Education Program (IEP)? ☐ No ☐ Yes

11. Is there anything else you think is important for the school to know about your child? (e.g., special talents, health concerns, etc.)

12. In what language(s) would you like to receive information from the school? _____

Signature of Parent or of Person in Parental Relation

Month: Day: Year:

Date

Relationship to student: ☐ Mother ☐ Father ☐ Other: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

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

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

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ☐ No ☐ Yes

**DATE OF INDIVIDUAL
INTERVIEW:

MO. DAY YR.

OUTCOME OF
INDIVIDUAL
INTERVIEW:

☐ ADMINISTER NYSITELL
☐ ENGLISH PROFICIENT
☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL
ADMINISTRATION:

MO. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL
ACHIEVED ON
NYSITELL:

☐ ENTERING ☐ EMERGING ☐ TRANSITIONING ☐ EXPANDING ☐ COMMANDING

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



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 ("HLQ" por sus siglas en inglés)

Estimados padres o tutores:

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

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Nombre Segundo nombre Apellido

FECHA DE NACIMIENTO:

GÉNERO:

Mes Día Año

☐ Masculino

☐ Femenino

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL

Apellido Primer Nombre Relación con el estudiante

CÓDIGO DEL
IDIOMA DEL HOGAR

Conocimientos de idiomas

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

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

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

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? _____

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal
 Relación con el estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otra: _____

Mes: Día: Año: _____
 Date

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

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

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

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ☐ No ☐ Yes

**DATE OF INDIVIDUAL
 INTERVIEW:

Mo. Day Yr.

OUTCOME OF
 INDIVIDUAL
 INTERVIEW:

☐ ADMINISTER NYSITELL
☐ ENGLISH PROFICIENT
☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL
 ADMINISTRATION:

Mo. Day Yr.

PROFICIENCY LEVEL
 ACHIEVED ON
 NYSITELL:

☐ ENTERING ☐ EMERGING ☐ TRANSITIONING ☐ EXPANDING ☐ COMMANDING

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

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Mother's Name: _____ Place of Employment: _____

Cell Phone Number: _____ Work Phone Number: _____

Father's Name: _____ Place of Employment: _____

Cell Phone Number: _____ Work Phone Number: _____

BEST Phone Number For Nurse To Reach Parent/Guardian: _____

If parents are unavailable when child is ill call: _____ Phone Number: _____

Relationship: _____ Alternate Number: _____

Additional emergency contact: _____ Phone Number: _____

BIRTH/DEVELOPMENTAL HISTORY

Pre-natal: Uneventful: _____ Complications: (describe) _____

Premature at: _____ months

Complications: (describe) _____

Birth Weight _____

Apgar Score: (if known) 1 minute _____ 5 minutes _____

Developmental:

Sat alone _____ months Stood alone _____ months

Crawled _____ months Walked _____ months

Toilet trained: Average _____ Delayed _____

Comments: _____

Speech: Average _____ Advanced _____ Delayed _____

Comments/Therapy: _____

Motor Skills: Average _____ Advanced _____ Delayed _____

Comments/Therapy: _____

Activity Level: Average _____ High _____

Comments: _____

Social Development:

Tolerates Change in Routine: No Problem _____ Has Difficulty _____

Describe: _____

Interaction with Peers: No Problem _____ Has Difficulty _____

Describe: _____

Excessive Fear or Anxieties: (describe) _____

Special Dietary Concerns: (describe) _____

CLARKSTOWN CENTRAL SCHOOL DISTRICT
CHILD MEDICAL HISTORY INFORMATION
(To be completed by Parent or Guardian)

Information is confidential and may be shared with teaching staff as needed.

Child's name: (Please Print) _____ Date of Birth: _____ Boy ☐ Girl ☐ Grade: _____

What does the child prefer to be called? _____

Address: _____ Home Phone Number: _____

Lives at home with:

(Name) _____; Mother (Name) _____; Father

Siblings/Other: (Name) _____; Male ☐ Female ☐ Date of Birth _____; Relationship: _____

(Name) _____; Male ☐ Female ☐ Date of Birth _____; Relationship: _____

(Name) _____; Male ☐ Female ☐ Date of Birth _____; Relationship: _____

Child's Caretaker: (Name) _____; Male ☐ Female ☐ Relationship: _____

Doctor's Name: _____ Phone Number: _____ Date of last physical: _____

Dentist's Name: _____ Phone Number: _____ Date of last visit: _____

Is child under an orthodontist's care? No ☐ Yes ☐ Doctor's Name: _____

Is child under the care of any specialist? No ☐ Yes ☐ Doctor's Name: _____ Specialty: _____

Has this child ever had (a):	YES	Date:		YES	Date:	
Chicken Pox	☐	_____		Meningitis	☐	_____
Encephalitis	☐	_____		Rheumatic fever	☐	_____
Lyme disease	☐	_____		Pneumonia	☐	_____
Bleeding tendency	☐	_____		Kidney disease	☐	_____
High Blood Pressure	☐	_____		Positive TB test	☐	_____

If Yes: Was medication ordered? _____

Any complications from above illnesses? (Please explain) _____

Does child have or has child ever had:

■ Allergies? Yes ☐ Drug _____ Food _____

Insects _____ Environmental _____

Has the allergy required emergency action in the past? No ☐ Yes ☐

What happens to child: _____

■ Asthma? Yes ☐ Triggered by: _____ Treatment: _____

Uses: Inhaler ☐ Nebulizer ☐ Other medication ☐

Taken: at home only ☐ may need medication at school ☐

- Diabetes? Yes ☐ Takes insulin? No ☐ Yes ☐ Pump? No ☐ Yes ☐
- Seizures? Yes ☐ Describe seizure: _____
Date of last seizure: _____ Medication: _____
Is student currently under a doctor's care for seizure? No ☐ Yes ☐
- Heart condition, murmur, or irregular heart beat? Yes ☐ Describe _____
Describe physical restrictions? _____
Medication? No ☐ Yes ☐
- Previous head injury? Yes ☐ At age: _____ Concussion? Yes ☐ Dates: _____
- Headaches/Migraines? Yes ☐ Describe any Aura: _____ Medication? Yes ☐ No ☐
Name of medication: _____
- Dizziness, loss of consciousness, fainting or lost memory? Yes ☐ Describe: _____
- Bone or joint problems or broken bones? Yes ☐ Describe: _____
Any physical restrictions? _____
- Loss of an eye, kidney, testicle or other organ? Yes ☐ Describe _____
- Past history of increased lead levels in the blood? Yes ☐ When? _____ Was it treated? _____
- Attention Deficit Disorder? Yes ☐ Is your child taking medication for this now? No ☐ Yes ☐
Name of medication: _____
Taken: at home only ☐ may need medication at school ☐

Has this child had any other illness? _____

Does your child take any other daily medication at home? No ☐ Yes ☐ At school? No ☐ Yes ☐
Name of medication: _____ Reason for taking it: _____

ALL MEDICATIONS ADMINISTERED AT SCHOOL REQUIRE A FORM COMPLETED AND SIGNED BY DOCTOR'S OFFICE.

Has this child had any condition which required emergency treatment or hospitalization? No ☐ Yes ☐
If yes, for what? At age: How long in hospital? Surgeries (operations)?

Check off the following health categories/concerns that pertain to your child:

- Eyes: wears glasses ☐; wears contacts ☐; for reading ☐; for distance ☐; all the time ☐; single vision? ☐
- Ears: Frequent infections ☐; ear tubes present ☐ since _____
Wears hearing aid: right ear ☐ left ear ☐ hearing difficulty: explain: _____
- Other: ☐ nosebleeds ☐ requires diapering ☐ sleeping difficulties ☐ eating too little
☐ bowel ☐ requires catheterization ☐ dental concerns ☐ phobias
☐ bladder ☐ bed wetting ☐ eating too much ☐ menstruation

Does this child have any medical, physical, social, or emotional problems that the school should know about? (disabilities; parents recently separated; etc.) _____

Does any relative or anyone in the home have tuberculosis, diabetes, or other illness? _____
Describe: _____

(Signature of legal parent/guardian)

(Date)

Nombre del niño/niña: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la Madre: _____ Lugar de trabajo: _____

Número Celular: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Nombre del Padre: _____ Lugar de trabajo: _____

Número Celular: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

MEJOR número de teléfono para que la enfermera se comunice con los padres / tutor: _____

Si los padres no están disponibles cuando el niño/niña está enfermo, llame a: Número de teléfono: _____ Relación: _____

Número Alternativo: _____ Contacto de emergencia adicional: Número de teléfono: _____

NACIMIENTO / DESARROLLO HISTORIA

Prenatal: Prenatal sin incidentes: _____ Complicaciones: (describir) _____

Prematuro en: _____ meses
Complicaciones: (describir) _____

Peso de nacimiento: _____

Puntaje de Apgar: (si se conoce) 1 minuto _____ 5 minutos _____

De desarrollo:

Sentado solo _____ meses: Se para sin apoyo _____ meses:

Gateando _____ meses: Primeros pasos _____ meses:

entrenado para ir al baño: promedio o retrasado

Comentarios: _____

Habla: promedio _____ avanzado _____ retrasados _____

Comentarios/terapia: _____

Habilidades motoras: promedio _____ avanzado _____ retrasados _____

Comentarios/ terapia: _____

Nivel de actividad: promedio _____ Alto _____

Comentarios: _____

Desarrollo social:

tolera el cambio en la rutina: No hay problema ____ Tiene dificultad ____

Describe: _____

Interacción con No hay problema ____ Tiene dificultad ____

compañeros: Describir: _____

Miedo o ansiedad excesivos: (describir) _____

Preocupaciones dietéticas especiales: (describir) _____

INFORMACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO NIÑO

(Para ser completado por el padre o tutor)

La información es confidencial y se puede compartir con el personal docente según sea necesario.

Nombre del niño/niña: (IMPRIME CLARAMENTE)_____

Fecha de nacimiento: _____ niño: ____ niña: ____ Grado: ____

¿Cómo prefiere que le llamen el niño/niña? _____

Las direcciones de su casa: _____ Número de teléfono de casa _____

Enumere todos los miembros de la familia que viven con usted

Nombre de la madre: _____

Nombre de el padre: _____

Hermanos / Otros: _____ Hombre ☐ Mujer ☐ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Hermanos/Otros : _____ Hombre ☐ Mujer ☐ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Hermanos/Otros : _____ Hombre ☐ Mujer ☐ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Si necesita incluir miembros adicionales de la familia, utilice una hoja de papel por separado.

Cuidador del niño/niña: (Nombre) _____; Hombre ☐ Mujer ☐ Relación: _____

Nombre del doctor: _____ Número de teléfono: _____ Fecha del último examen físico: _____

Nombre del dentista: _____ Número de teléfono: _____ última visita: _____

¿Está el niño/niña bajo el cuidado de un ortodoncista? No ☐ Sí ☐ Nombre del médico: _____

¿Está el niño/niña bajo el cuidado de algún especialista? No ☐ Sí ☐ Nombre del médico: _____ Especialidad _____

¿Ha tenido este niño/niña alguna vez (a):

Varicela: Sí _____ Fecha: _____

Encefalitis : Sí _____ Fecha: _____

Enfermedad de Lyme: Sí _____ Fecha: _____

Tendencia a sangrar: Sí _____ Fecha: _____

Presión arterial alta: Sí _____ Fecha: _____

Meningitis: Sí _____ Fecha: _____

Fiebre reumática: Sí _____ Fecha: _____

Neumonía: Sí _____ Fecha: _____

Nefropatía: Sí _____ Fecha: _____

Prueba de tuberculosis positiva: Sí _____ Fecha: _____

Sí es así: ¿Se ordenó el medicamento? _____

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

¿El niño/niña tiene o ha tenido alguna vez:

alergias? Sí ☐ Droga: _____ Comida: _____

Insectos: _____ Ambiental: _____

¿Ha requerido la alergia una acción de emergencia en el pasado? No: _____ Sí: _____

¿Qué le pasa al niño/niña? _____

¿Asma? Si _____ Activado por: _____ Tratamiento: _____

Usar: inhalador ☐ Nebulizador ☐ Otro medicamento ☐

Tomado: solo en casa ☐ puede necesitar medicamentos en la escuela ☐

■ ¿Diabetes? Sí___¿Toma insulina? No ☐ Sí ☐ ¿Bomba? No ☐ Sí ☐

■ ¿Convulsiones Sí___Describe la convulsión:_____

Fecha de la ultima convulsion_____Medicamentos: _____

¿Está el estudiante actualmente bajo atención médica por convulsiones? No ☐ Sí ☐

Describe: _____

■ Condición cardíaca, soplo o latido, Sí_____ Describe:_____

■ cardíacos irregulares? Describe las restricciones físicas? _____

¿Medicamento? No _____ Sí _____

■ ¿Lesión en la cabeza anterior? Si___A qué edad:_____Concusión? Si ☐ Fechas:_____

■ ¿Dolores de cabeza/ _____

aura migrañas? Sí _____Describe cualquier aura _____¿Medicamento?Si___No___

Nombre del medicamento: _____

■ ¿Mareos, pérdida del conocimiento, desmayos o pérdida de la memoria? Sí___Describe: _____

■ ¿Problemas de huesos o articulaciones? ¿huesos rotos? Si___ Describe:_____

¿Alguna restricción física? _ _____

■ ¿Pérdida de un ojo, riñón, testículo u otro órgano? Si _____ Describe:_____

■ ¿Historial de aumento de los niveles de plomo en sangre? Si___¿Cuándo? _____¿Fue tratado? Si _____

■ ¿Desorden de déficit de atención? Si___¿Está su hijo tomando medicación para esto ahora? No_ Sí _____

Nombre del medicamento: _____

Tomado: solo en casa ☐ puede necesitar medicamentos en la escuela ☐

¿Ha tenido este niño/niña alguna otra enfermedad? _____

¿Toma su hijo algún otro medicamento diario en casa? No___Sí___¿En la escuela? No___Sí___Nombre del medicamento: _____

Razón para tomarlo: _____

TODOS LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EN LA ESCUELA REQUIEREN UN FORMULARIO COMPLETADO Y FIRMADO POR LA OFICINA DEL MÉDICO.

¿Ha tenido este niño/niña alguna condición que requiera tratamiento de emergencia u hospitalización? No ☐ Sí ☐

Sí es así, ¿para qué? A qué edad: ¿Cuánto tiempo en el hospital? ¿Cirugías (operaciones)?

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Marque las siguientes categorías de salud / preocupaciones que pertenecen a su hijo:

- Ojos: usar gafas ☐; usa lentes de contacto ☐; para leer ☐; para distancia ☐; todo el tiempo ☐; ¿visión única? ☐
- Oídos: Infecciones frecuentes ☐; tubos auditivos presentes ☐ desde _____
- Lleva audífonos: oído derecho ☐ oído izquierdo ☐ dificultad auditiva: explique _____

- Otro: ☐ hemorragias nasales ☐ requiere cambio de pañales ☐ dificultades para dormir ☐ comer muy poco
- ☐ intestino ☐ vejiga ☐ requiere cateterización ☐ problemas dentales ☐ fobias
- ☐ mojar la cama ☐ comer demasiado ☐ menstruación

¿Tiene este niño/niña algún problema médico, físico, social o emocional que la escuela deba conocer? (discapacidades; padres recientemente separados; etc.)

¿Algún familiar o alguien en el hogar tiene tuberculosis, diabetes u otra enfermedad? Describir: _____

(Firma del padre / tutor legal) _____(Fecha) _____