

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

Grado: _____

Nombre del/la estudiante: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

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

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

Exclusivamente para uso oficial

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

Medical Information has been reviewed and is complete. _____

School Nurse

Folder Provided to Building Principal _____
Date



**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE HALDANE
COLD SPRING, NY 10516
(845) 265-9254**

Solo para uso en oficina:

Estudiante # _____ Pin de almuerzo # _____
Nivel de grado: _____
Fecha de entrada: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

DOMICILIO: _____

CIUDAD/CÓDIGO POSTAL: _____

NIVEL DE GRADO: _____

DIRECCIÓN DE CORREO

(SI ES DIFERENTE): _____

CIUDAD/CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO PRINCIPAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO EDAD LUGAR DE NACIMIENTO: _____

GÉNERO: (M/F) _____ ES EL NIÑO SIN HOGAR (Y/N): _____ LENGUA MATERNA PRIMARIA: _____

AÑOS EN ESCUELAS DE EE.UU.: _____ ESCUELA ANTERIOR: _____

RAZA(S) DEL NIÑO: ¿Es el niño hispano o latino Sí No
Indio Americano Asiático Negro Nativo de Hawái/Otras Islas Del Pacífico
Blanco Hispano

INFORMACION DE LA FAMILIA

Nombre completo

Padre/Tutor: _____

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

En caso afirmativo, fecha de entrada en servicio activo: _____

Relación con el niño: _____

Nombre completo

Padre/Tutor: _____

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

En caso afirmativo, fecha de entrada en servicio activo: _____

Relación con el niño: _____

Teléfono celular: _____

Lugar de trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono celular: _____

Lugar de trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

El niño vive con: Ambos padres padre madre otros _____

(Si un padre sin custodia solicita información escolar duplicada, proporcione el nombre y la dirección)

Por favor, enumere a continuación todos los niños de su familia desde el nacimiento hasta la edad de 21 años.

NOTA: Si se necesita más espacio, por favor adjúntelo.

Apellido, Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Género M/F	Grado	Nombre del niño de la escuela asistirá

¿Alguna vez su hijo ha asistido a la escuela en otros distritos? Sí No

En caso afirmativo, sírvase enumerar: _____

¿Su hijo está actualmente suspendido de otro distrito escolar? Sí No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Su hijo ha repetido un grado? Sí No

¿Alguna vez su hijo ha sido referido para una evaluación de educación especial en el pasado?

Sí No

Si es referido para una evaluación, ¿su hijo alguna vez ha recibido algún servicio de educación especial en el pasado? IEP 504 Otros

Tipo de servicio recibido: _____

(Proporcione una copia del plan con este registro).

Edad a la que se recibieron los servicios (verifique todo lo que corresponda):

Nacimiento a 3 años (intervención temprana) 3 a 5 años (educación especial) 6 años o más (educación especial)

¿Alguna vez su hijo ha recibido matemáticas correctivas? Sí No

¿Alguna vez su hijo ha recibido servicios de recuperación de lectura y/o escritura? Sí No

¿Alguna vez su hijo ha recibido servicios del habla o del lenguaje? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

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

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Alguna vez su hijo ha tenido dificultades en la escuela (asistencia, comportamiento, académico, etc.)?

Sí No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Hay circunstancias o experiencias en la vida de su hijo que puedan afectar el rendimiento de su hijo en la escuela? Sí No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

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

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

Fecha de firma del padre o tutor: _____ Date: _____

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE HALDANE
15 Craigsid Drive
10516, Cold Spring, Estado de Nueva York
Divulgación de información

Esta es una solicitud de registros para la siguiente persona.

Fecha Name _____ del estudiante de
 Birth _____ asistirá: Distrito Escolar Central de Haldane, Cold Spring, NY 10516

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

Teléfono residencial actual y dirección:

Estos registros deben incluir:

Registros de educación regular	Registros de educación especial
Registros de educación regular	IEP actual
Registros de salud acumulativos	Evaluación psicológica más reciente
Registros de asistencia	Historia Social
Certificado de nacimiento	Scripts
Puntajes de exámenes del Estado de Nueva York	Evaluaciones de servicios relacionadas
Escuela secundaria (además de lo anterior)	Otras evaluaciones
Transcripciones oficiales	Otro:
Grados de salida (si corresponde)	
Documentación de Science Labs (prueba de horas)	

Autorizo que los registros escolares del estudiante mencionado anteriormente se envíen al Distrito Escolar Central de Haldane, c/o Mrs. Jessie DesMarais, 15 Craigsid Drive, Cold Spring, NY 10516 o (Fax 845-265-9213) para fines de inscripción escolar. La Sra. Des Marais, Secretaria, puede ser contactada al 845-265-9254, ext. 111 con cualquier pregunta.

Fichado _____
 Relación con Student _____ Date _____



VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DE RESIDENCIA

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

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

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

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

Y

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

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

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

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

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

Y

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

Y

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

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

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

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

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

Y

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

Y

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

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

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

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



**DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO/ARRENDADOR
EN APOYO DE LA ADMISIÓN A
DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE HALDANE**

ESTADO DE NUEVA YORK)) SS.:
CONDADO OF)

Yo, _____
(Nombre del propietario/arrendador o administrador de la propiedad)

o gerente/agente de la vivienda ubicada en:

(Calle #, Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal)

por la presente certifico que estoy alquilando espacio en esta vivienda en una base _____
(Semana/Mes/Año)

a _____ comenzando en _____.
(Fecha)

Se identifican como inquilinos con derecho a ser ocupantes de la vivienda las siguientes personas:

- Padre/tutor materno: _____
- Padre/tutor paterno: _____

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

Último: _____ Primero: _____
Último: _____ Primero: _____

Enumere todas las demás personas que residen en la vivienda:

Apellido	Nombre
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Es esta una vivienda múltiple? Sí No

¿El pago de la factura de la empresa de electricidad está incluido en el alquiler: Sí No

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

NOTA: EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE PONERSE EN CONTACTO CON EL MUNICIPIO CORRESPONDIENTE PARA VERIFICAR QUE EL USO DE LAS INSTALACIONES CUMPLE CON LAS LEYES Y CÓDIGOS LOCALES.

Como propietario / arrendador, **CERTIFICO** que notificaré a la Oficina del Superintendente del Distrito Escolar Central de Haldane, 15 Craigside Drive, Cold Spring, NY 10516 dentro de los 30 días posteriores a la terminación de este arrendamiento. **CERTIFICO** que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta y que las declaraciones hechas en este documento se están haciendo bajo las penas de perjurio, sabiendo que el Distrito Escolar Central de Haldane confiará en ellos para determinar si los niños mencionados anteriormente serán admitidos en su sistema escolar. Entiendo que en el caso de que se determine que la información contenida en esta declaración jurada es inexacta o falsa, en su totalidad o en parte, el Distrito puede iniciar procedimientos legales contra mí personalmente para cobrar los costos de educar a dichos niños y / o buscar acciones penales contra mí por falsificar registros comerciales y / o presentar un instrumento falso. ¹

(Firma del propietario/arrendador)

(Imprimir nombre y título)

Dirección y teléfono del propietario/arrendador #

Juró ante mí este ____ día de ____, 20__ __

Notary Public

¹ Ley Penal §175.05 (Falsificación de registros comerciales en segundo grado - Delito menor de clase A.

Ley Penal §175.20 (Manipulación de registros públicos en segundo grado - Clase A. Delito menor.

Ley Penal §175.25 (Manipulación de registros públicos en primer grado - Delito grave de clase D.

Ley Penal §175.30 (Ofreciendo un instrumento falso para presentar en segundo grado) - Delito menor de clase A.

Ley Penal §175.35 (Ofrecer un instrumento falso para presentar en primer grado) - Delito grave de clase E.



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

Estimados padres/tutores:

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

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

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

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

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

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

Nombre del/la estudiante _____

Nombre del padre, madre o tutor _____

Firma del padre, madre o tutor _____



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 (Home Language Questionnaire - HLQ)

Estimados padres o persona en relación parental:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, 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.

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

HOME LANGUAGE CODE

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? Padre 1 *especifique* Padre 2 *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 *especifique* No sabe hablar

6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)? Inglés Otro *especifique* No sabe leer

7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)? Inglés Otro *especifique* No sabe escribir

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

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, por favor explique: _____ ¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave
10a.	¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial) <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial)
10c.	¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 de un padre o de la persona en relación paternal **Fecha**

Relación con el estudiante: 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	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ <small>MO. DAY YR.</small>	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <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: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ <small>MO. DAY YR.</small>	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <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:	

Año escolar 2022-2023

Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela¹

NOTAS:

Los niños que están en prekindergarten deben tener las vacunas correspondientes a su edad. La cantidad de dosis depende del programa recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunas deben corresponder al programa de vacunación recomendado por el ACIP para personas de 0 a 18 años. Las dosis aplicadas antes de la edad mínima o de los intervalos mínimos no son válidas y no se tienen en cuenta al calcular la cantidad de dosis que se mencionan abajo. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir los requisitos de vacunación de los grados para los que son equivalentes en edad.

Se DEBEN leer los requisitos de dosis con las notas al pie de página de este programa

Vacunas	Prekindergarten (guardería infantil, programa Head Start, guardería o pre-K)	Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º, 4.º y 5.º grado	6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado	12.º grado
Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)²	4 dosis	5 dosis o 4 dosis si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o 3 dosis si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año		3 dosis
Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes³		No corresponde		1 dosis
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)⁴	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)⁵	1 dosis		2 dosis	
Vacuna contra la hepatitis B⁵	3 dosis	3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad		
Vacuna contra la varicela⁷	1 dosis		2 dosis	
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)⁸		No corresponde	7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado: 1 dosis	2 dosis o 1 dosis si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)⁹	1 a 4 dosis			No corresponde
Vacuna neumocócica conjugada (PCV)¹⁰	1 a 4 dosis			No corresponde

1. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra el sarampión, las paperas o la rubéola o una confirmación de laboratorio de dichas enfermedades son pruebas aceptables de la inmunidad ante estas. Las pruebas serológicas para la poliomielitis son una prueba aceptable de la inmunidad solo si la prueba se hizo antes del 1 de septiembre de 2019 y los tres serotipos dieron positivo. Un análisis de sangre con resultado positivo para el anticuerpo de superficie contra la hepatitis B es una prueba aceptable de la inmunidad ante la hepatitis B. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra la varicela, una confirmación de laboratorio de varicela o el diagnóstico de un médico, un asistente médico o un enfermero de práctica avanzada de que un niño tuvo varicela son pruebas aceptables de la inmunidad ante la varicela.
 2. Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y tos ferina acelular (DTaP). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de 5 dosis de la vacuna DTaP a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 15 y 18 meses de edad, y a los 4 años de edad o más. La cuarta dosis puede aplicarse a partir de los 12 meses de edad, siempre que hayan transcurrido por lo menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario que se repita la cuarta dosis de DTaP si se aplicó al menos 4 meses después de la tercera dosis de DTaP. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
 - b. Si la cuarta dosis de DTaP se aplicó a los 4 años de edad o más, y al menos 6 meses después de la tercera dosis, no se requiere la quinta dosis (de refuerzo) de la vacuna DTaP.
 - c. Para los niños nacidos antes del 1/1/2005, solo se requiere Inmunidad a la difteria y las dosis de DT y Td pueden cumplir este requisito.
 - d. Los niños mayores de 7 años que no estén completamente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños deben recibir la vacuna Tdap como primera dosis de la serie de actualización; si se necesitan dosis adicionales, use la vacuna Td o Tdap. Si les aplicaron la primera dosis antes de su primer año de edad, deben aplicarse 4 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años de edad o más. Si les aplicaron la primera dosis a partir de su primer año de edad, deben aplicarse 3 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años o más.
 3. Refuerzo de la vacuna con toxoides tetánico y diftérico y de la vacuna contra la tos ferina acelular (Tdap) para adolescentes. (Edad mínima para 6.º, 7.º y 8.º grado: 10 años; edad mínima para 9.º a 12.º grado: 7 años)
 - a. Los estudiantes mayores de 11 años que ingresan a los grados de 6.º a 12.º deben recibir una dosis de Tdap.
 - b. Además del requisito para 6.º a 12.º grado, la vacuna Tdap también se puede aplicar como parte de la serie de vacunas de actualización para estudiantes mayores de 7 años que no estén totalmente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños, como se describió arriba. En el año escolar 2022-2023, solo las dosis de Tdap aplicadas a los 10 años o más cumplirán el requisito de Tdap para los estudiantes en los grados 6.º, 7.º y 8.º; sin embargo, las dosis de Tdap aplicadas a los 7 años o más cumplirán el requisito para los estudiantes en los grados 9.º a 12.º.
 - c. Los estudiantes que tienen 10 años de edad en 6.º grado y que aún no recibieron la vacuna Tdap cumplen los requisitos hasta que tengan 11 años.
 4. Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) o vacuna antipoliomielítica oral (OPV). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de IPV a los 2 meses, 4 meses y entre los 6 y 18 meses de edad, y a los 4 años de edad o más. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
 - b. Para los estudiantes que recibieron la cuarta dosis antes de su cuarto año de edad y antes del 7 de agosto de 2010, es suficiente aplicar 4 dosis con al menos 4 semanas de diferencia.
 - c. Si la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica se aplicó a los 4 años de edad o más y por lo menos 6 meses después de la dosis anterior, no se requerirá la cuarta dosis.
 - d. Para los niños con antecedentes de OPV, solo la OPV trivalente (tOPV) se tiene en cuenta para los requisitos de la vacuna antipoliomielítica en las escuelas del Estado de Nueva York. Las dosis de OPV aplicadas antes del 1 de abril de 2016 deben incluirse a menos que se indiquen específicamente como monovalentes, bivalentes o como aplicadas durante una campaña de vacunación contra el virus de la poliomielitis. Las dosis de OPV aplicadas a partir del 1 de abril de 2016 no deben incluirse.
 5. Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR). (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna MMR debe haberse aplicado a partir del primer año de edad. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
 - b. Sarampión: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
 - c. Paperas: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
 - d. Rubéola: Se necesita por lo menos una dosis para todos los grados (prekindergarten hasta 12.º grado).
6. Vacuna contra la hepatitis B
 - a. La primera dosis puede aplicarse al nacer o en cualquier momento después. La segunda dosis debe aplicarse al menos 4 semanas (28 días) después de la primera dosis. La tercera dosis debe aplicarse al menos 8 semanas después de la segunda dosis Y al menos 16 semanas después de la primera dosis, PERO no antes de las 24 semanas (cuando se apliquen 4 dosis, reemplazar "cuarta dosis" por "tercera dosis" en estos cálculos).
 - b. Dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) aplicadas con al menos 4 semanas de diferencia entre los 11 y 15 años cumplirán el requisito.
 7. Vacuna contra la varicela. (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela debe haberse aplicado a partir del primer año. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
 - b. Para los niños menores de 13 años, el intervalo mínimo recomendado entre dosis es de 3 meses (si la segunda dosis se aplicó por lo menos 4 semanas después de la primera dosis, se puede aceptar como válida); para los mayores de 13 años, el intervalo mínimo es de 4 semanas.
 8. Vacuna antimeningocócica conjugada ACWY (MenACWY). (Edad mínima para 7.º, 8.º y 9.º grado: 10 años; edad mínima para 10.º a 12.º grado: 6 semanas)
 - a. Se requiere una dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada (Menactra, Menveo o MenQuadfi) para los estudiantes que ingresan a los grados 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º.
 - b. Para los estudiantes del 12.º grado, si la primera dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada se aplicó a los 16 años o más, no se requiere la segunda dosis (de refuerzo).
 - c. La segunda dosis debe haberse aplicado a los 16 años o más. El intervalo mínimo entre dosis es de 8 semanas.
 9. Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna Hib a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
 - b. Si se aplicaron 2 dosis de vacuna antes de los 12 meses de edad, solo se requieren 3 dosis si la tercera dosis se aplica entre los 12 y 15 meses de edad y al menos 8 semanas después de la segunda dosis.
 - c. Si la primera dosis se recibió entre los 12 y 14 meses de edad, solo se requieren 2 dosis si la segunda dosis se aplicó al menos 8 semanas después de la primera dosis.
 - d. Si se aplicó la primera dosis a los 15 meses de edad o más, solo se requiere 1 dosis.
 - e. No se requiere la vacuna Hib para niños mayores de 5 años.
 10. Vacuna neumocócica conjugada (PCV). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna PCV a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
 - b. Los niños no vacunados de 7 a 11 meses de edad deben recibir 2 dosis, con al menos 4 semanas de diferencia, seguidas de una tercera dosis entre los 12 y los 15 meses de edad.
 - c. Los niños no vacunados de 12 a 23 meses de edad deben recibir 2 dosis de la vacuna con al menos 8 semanas de diferencia.
 - d. Si se recibió una dosis de la vacuna a los 24 meses de edad o más, no se requieren dosis adicionales.
 - e. La PCV no es obligatoria para los niños mayores de 5 años.
 - f. Para tener más información, consulte la tabla de PCV que está en el Folleto de Instrucciones para encuestas escolares, en: www.health.ny.gov/prevention/immunization/schools

Para obtener más información, comuníquese con:

**New York State Department of Health
Bureau of Immunization
Room 649, Corning Tower ESP
Albany, NY 12237
(518) 473-4437**

**New York City Department of Health and Mental Hygiene
Program Support Unit, Bureau of Immunization,
42-09 28th Street, 5th floor
Long Island City, NY 11101
(347) 396-2433**

OFICINA DE INFORMACIÓN DE SALUD

Distrito Escolar Central de
Haldane 265-9254 ext. 125

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

LESIONES ESCOLARES/EMERGENCIAS DE SALUD

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

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

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

DETECCIÓN

Se realizarán las siguientes evaluaciones durante el año escolar:

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

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

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

PIOJOS

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

EXÁMENES FÍSICOS

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

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

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

TENER EN CUENTA

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

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

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Fecha de hoy

Calificación del nombre del estudiante

Nivel De Grado

Dirección

Sexo M/F

Fecha de nacimiento

HISTORIAL MÉDICO (desde la infancia hasta el presente) Por favor, compruebe todo lo que corresponda:

Alergias _____	Asma _____	Comportamiento Problema _____
Frecuencia de la vejiga _____	Problemas cardíacos _____	Parálisis cerebral _____
Conmoción cerebral _____	Estreñimiento _____	Diabetes _____
Problemas para comer _____	Diarrea frecuente _____	Fiebres frecuentes _____
Hemorragias nasales frecuentes _____		Dolores de cabeza _____
Dificultades auditivas _____	Audífonos _____	Incontinencia _____
Enfermedad mental _____	Migrañas _____	
Infecciones recurrentes del oído _____		Cicatrices o marcas de nacimiento _____
Traumatismo grave en la cabeza _____	Problemas sinusales _____	Afecciones de la piel _____
Dolores de estómago _____	Problemas de visión _____	Anteojos/Lentes de contacto _____
Vómitos _____		

Sírvase explicar:

ALERGIAS - por favor proporcione todos los detalles:

TIPO	ALERGINAS ESPECÍFICAS	TIPO DE REACCIÓN	MEDICACIÓN
<i>Viveres</i>	_____	_____	_____
<i>Medioambiental</i>	_____	_____	_____
<i>Drogas</i>	_____	_____	_____
Medicamentos que deben mantenerse en la escuela:		SÍ _____	NO _____

¿Este niño está tomando algún medicamento? SÍ _____ NO _____

Describir:

¿Se administrarán medicamentos en la escuela? SÍ _____ NO _____

¿Alguna lesión grave? (incluir fechas) _____

¿Cualquier hospitalización? _____

¿Historia clínica? _____

Firma del padre o tutor

Fecha

Para la salud y seguridad de su hijo, la información que ha reportado sobre afecciones médicas como alergias y asma se compartirá con los maestros y el personal, firme a continuación solo si NO desea que esta información se comparta con la enseñanza u otros miembros del personal.

Firma del padre o tutor

Fecha

AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA

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

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA

PADRE/GAURDIAN

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA EMPRESA

PADRE/GAURDIAN

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA EMPRESA

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL FAMILIAR

NÚMERO DE TELÉFONO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO

NÚMERO DE TELÉFONO

AFILIACIÓN AL HOSPITAL DEL MÉDICO

NÚMERO DE TELÉFONO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DENTISTA

NÚMERO DE TELÉFONO

Por favor, lea y firme lo siguiente:

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

FECHA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

HALDANE CENTRAL SCHOOL
Cold Spring, NY 10516

FECHA: _____

NOMBRE: _____ NACIMIENTO: _____

CUESTIONARIO DE AUDICIÓN/VISIÓN
(a completar por los padres)

OÍDO

Compruebe uno

¿Alguna vez este niño ha tenido algún examen o tratamiento de oído/audición? Sí No
 Cuando _____ Con quién _____ Resultados _____
 ¿Sospecha algún problema de audición? Sí No
 Explicar _____

¿Alguno de los padres tiene problemas de audición? Sí No
 Quién _____ Problema _____ Desde cuándo _____

¿Su hijo:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Parece tener dificultad para oír? | Si | No |
| 2. ¿Subir el televisor más alto que otros miembros de la familia? | Si | No |
| 3. ¿Parece favorecer una oreja sobre la otra? | Si | No |
| 4. Saltar o parecer más asustado que otros si
¿Hay un ruido repentino? | Si | No |
| 5. ¿Parece que te escuchas si hablas en un susurro? | Si | No |
| 6. ¿Te hacen hablar en voz alta o repetir con frecuencia? | Si | No |

VISIÓN

¿Alguna vez su hijo ha tenido algún examen o tratamiento de la vista? Si No
 Cuando _____ Con quién _____ Resultados _____

¿Sospecha algún problema de visión? Si No
 Explicar _____

¿Alguno de los padres usa anteojos? Si No
 Quién _____ Distancia/Lectura _____ Desde cuándo _____

¿Su hijo:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Parece tener dificultades para ver pequeñas líneas o imágenes? | Si | No |
| 2. ¿Parece tener problemas para ver las cosas de lejos? | Si | No |
| 3. ¿Entrecerrar? | Si | No |
| 4. ¿Usas gafas? | Si | No |
| 5. ¿Tienes ojo que se vuelve? | Si | No |
| 6. ¿Tienes ojo que resulta? | Si | No |
| 7. ¿Sentarse muy cerca de la televisión? | Si | No |
| 8. ¿Frotar mucho los ojos? | Si | No |

**HALDANE CENTRAL SCHOOL
MEDICATION AUTHORIZATION FORM**

Autorización de padres y prescriptores para la administración de medicamentos en la escuela
****Se debe completar un nuevo formulario cada año escolar****

Para ser completado por un padre o tutor:

Nombre del estudiante: _____ **DOB:** _____ **Grado:** _____

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

Firma (Padre/Tutor) _____ Fecha _____

Para ser completado por el prescriptor de atención médica con licencia:

Diagnóstico: _____

Medicación: _____

Dosis: _____ Ruta: _____ Hora(s): _____

Posibles efectos secundarios: _____

Duration of treatment: _____

Nombre y título del prescriptor (impreso): _____

Firma del prescriptor: _____ Fecha: _____

Sello del proveedor:

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

Doy fe de que este estudiante me ha demostrado que puede auto administrarse los medicamentos mencionados anteriormente de manera segura y efectiva y puede llevar y usar este medicamento (con un dispositivo de administración si es necesario) de forma independiente en cualquier actividad patrocinada por la escuela / escuela sin supervisión por parte del personal de la escuela.

Firma del prescriptor _____ Fecha: _____

Permiso del padre/tutor para uso independiente y transporte:

Estoy de acuerdo en que mi hijo puede usar su medicamento de manera efectiva y puede llevar y usar este medicamento de forma independiente en cualquier actividad patrocinada por la escuela / escuela sin supervisión por parte del personal de la escuela.

Firma: _____ Fecha: _____

**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE 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:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
Sex Assigned at Birth: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Gender Identity: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Nonbinary <input type="checkbox"/> X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

If yes to any diagnoses below, check all that apply and provide additional information.

<input type="checkbox"/> Allergies	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Asthma	<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
<input type="checkbox"/> Seizures	Type: _____ Date of last seizure: _____ <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Diabetes	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: Yes Not Done **Hypertension:** Yes Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	Lead Level Required for PreK & K
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥5 µg/dL
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

System Review Within Normal Limits
 Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)

<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/Neck	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Mental Health	<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*
--	---

Additional Information Attached *Required only for students with an IEP receiving Medicaid

Name:		Affirmed Name (if applicable):			DOB:	
SCREENINGS						
Vision & Hearing Screenings Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11						
Vision	With Correction <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Right	Left	Referral	Not Done	
Distance Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<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"/>	
Notes						
Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>	
FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK						
<input type="checkbox"/> *Family cardiac history reviewed – required for Dominick Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act						
<input type="checkbox"/> Student may participate in all activities without restrictions.						
If Restrictions Apply – Complete the information below						
<input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in:						
<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						
<input type="checkbox"/> Other Accommodations*: (e.g., brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.) Use additional space below to explain.						
*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.						
MEDICATIONS						
<input type="checkbox"/> Order Form for medication(s) needed at school attached						
COMMUNICABLE DISEASE				IMMUNIZATIONS		
<input type="checkbox"/> Confirmed free of communicable disease during exam				<input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> Reported in NYSIS		
HEALTHCARE PROVIDER						
Healthcare Provider Signature:						
Provider Name: <i>(please print)</i>						
Provider Address:						
Phone:				Fax:		
Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.						

Dental Health Certificate- Optional

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request an oral health assessment at the same time a health examination is required. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your registered dentist or registered dental hygienist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist/dental hygienist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name: Last First Middle

Birth Date: / / Sex: Male Will this be your child's first oral health assessment? Yes No
 Month Day Year Female

School: Name Grade

Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? Yes No

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature Date

Section 2. To be completed by the Dentist/ Dental Hygienist

I. The dental health condition of _____ on _____ (date of assessment) The date of the assessment needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means, that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's/ Dental Hygienist's name and address

(please print or stamp)

Dentist's/Dental Hygienist's Signature

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.

II. Oral Health Status (check all that apply).

Yes No **Caries Experience/Restoration History** – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].

Yes No **Untreated Caries** – Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].

Yes No **Dental Sealants Present**

Other problems (Specify): _____

III. Treatment Needs (check all that apply)

No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.

May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.

Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.



Estimados Padres y Tutores:

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

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

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

Atentamente,

Kathryn O'Hara, RN
Enfermera escolar

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

Nombre del niño o niña _____ Grado _____

Nombre del padre, madre o tutor _____

Firma del padre, madre o tutor _____

Fecha _____

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Ofrezca asistencia a los estudiantes y familias para completar este formulario. Este formulario debería de ser incluido como la primera página de los materiales de inscripción que el distrito comparte con familias. No incluya este formulario en el paquete de inscripción sin advertencias apropiadas. Por ejemplo, tendrá que cambiar partes del paquete de inscripción que requieren que se entreguen prueba de inscripción antes de matricular. Estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento, no necesitan entregar prueba de residencia y otros documentos normalmente requeridos antes de matricular.

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre
 Mujer

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Mes Día Año

Grado: ____ ID#: ____
(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)

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

Fecha

Si CUALQUIER caja que no sea "En un hogar permanente" está marcada, **no se requieren prueba de domicilio** u otros documentos normalmente requeridos para inscripción y **el estudiante debe ser matriculado inmediatamente**. Después de que el estudiante sea matriculado, el distrito o la escuela debe pedir los documentos escolares, incluyendo los documentos de inmunización, al distrito o la escuela anterior. El enlace del distrito debe ayudar al estudiante conseguir cualquier otro documento necesario o inmunización.

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

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE HOUSING QUESTIONNAIRE

Purpose of the Housing Questionnaire

All Local Education Agencies (LEAs) are required to identify students experiencing homelessness. LEAs include school districts, charter schools and BOCES. Additionally, all LEAs that receive Title I funds must ask enrolling students about their housing status. The New York State Education Department (NYSED) encourages all LEAs regardless of whether they receive Title I funds to do the same. To collect this information, LEAs may:

1. Use the Housing Questionnaire attached here,
2. Update/modify the Model Enrollment Form – Housing Questionnaire to address the needs of the LEA, or
3. Incorporate the housing status question from the Model Enrollment Form - Residency Questionnaire into the LEA's Enrollment Form or other documents already used by the LEA during the enrollment process.

If an LEA elects the third option and incorporates the housing status question into the LEA's Enrollment Form, the LEA should take steps to ensure that a student's housing status does not become a part of the student's permanent record, because of the sensitive nature of this information. Please see the section titled "Confidentiality" (below) for information about how and when housing information may be shared within the LEA.

Who should fill out the Housing Questionnaire?

A Housing Questionnaire should be filled out for all students enrolling in school and for all students who have a change of address in grades preschool-12. "Preschool" includes any LEA administered or funded preschool program, such as a pre-k or Head Start program administered by an LEA. The Housing Questionnaire should be completed by the student's parent, person in parental relation, or in the case of an unaccompanied youth, by the student directly.

Confidentiality

Student housing information should be kept confidential to the maximum extent possible. This information should only be shared with LEA/school staff members who need information about housing status to ensure that the student's educational needs are met. To this end, LEAs may share a student's Housing Questionnaire with LEA personnel such as:

1. the LEA liaison,
2. the registrar,
3. the student's teachers, and/or guidance counselor, and
4. the LEA staff member responsible for reporting data to SED

However, this information should only be shared with the above staff members to the extent that it will enable them to better meet the educational needs of the student in question and to fulfill reporting requirements mandated by SED.

Other than the above uses, housing information **should be kept confidential and should not be shared** with other LEA/school personnel due to its sensitive nature and the stigma attached to being labeled homeless. LEAs are also encouraged to seek out ways of preventing Housing Questionnaires and housing information from becoming a part of a student's permanent record.

Discussing the Housing Questionnaire with Students and Families

In reviewing the Housing Questionnaire with parents, persons in parental relation, and unaccompanied youth, LEAs should emphasize that the purpose of gathering the information is to ensure that students in temporary housing arrangements are provided with the rights and services to which they are entitled under the McKinney-Vento Act. These rights and services include:

1. The right to stay in the same school the student had been attending before losing his/her housing or the last school attended (both known as the school of origin),
2. The right to immediate enrollment for students who decide to transfer schools, even if the student does not have all of the documents normally for enrollment,
3. Transportation services if the student continues to attend the school of origin,
4. Categorical eligibility for Title I services if offered in the LEA,
5. Categorical eligibility for free meals if offered in the LEA, and
6. Access to services provided with McKinney-Vento funds if available in the LEA.

The LEA should also ensure that the parent, person in parental relation, unaccompanied youth is aware that the student's housing status will be kept confidential and will only be shared with those LEA staff who are responsible for providing services to

the student and those responsible for keeping track of how many students are identified as living in temporary housing in the LEA.

LEAs are advised to explain to parents that if a parent claims that her/his child is living in temporary housing, and the LEA wishes to conduct an investigation to verify this information, the LEA may conduct a home visit. However LEAs **cannot contact a landlord or building superintendent** to verify a student's housing status without prior parental consent. Contacting a landlord or building superintendent without the parent's express prior written permission is a violation of FERPA, a federal law.

If the Parent, Person in Parental Relation, or Unaccompanied Youth Declines to Fill Out the Housing Questionnaire

If the parent, person in parental relation, or unaccompanied youth declines to complete the Housing Questionnaire, the LEA should note on the form that the parent, person in parental relation, or unaccompanied youth declined to provide the information requested.

Completing the Form

If a parent, person in parental relation, or unaccompanied youth enrolling in school indicates that a student is living in one of the five temporary housing arrangements, the school may not require proof to verify where the student is living before enrolling the student. The five temporary housing arrangements are listed below:

1. In a shelter,
2. With another family or other person (sometimes referred to as "doubled-up"),
3. In a hotel/motel,
4. In a car, park, bus, train, or campsite, or
5. Other temporary living situation.

After the student is enrolled and attending classes, the school or LEA is permitted to verify the student's housing arrangements. However, the student must first be enrolled in school. Again, LEAs **cannot not contact a landlord or building superintendent** to verify a student's housing status. (See above for more information.)

Definitions of Temporary Housing Arrangements

"With another family or other person" (also referred to as "doubled-up")

LEAs should be aware that students who are sharing the housing of others are eligible for services under the McKinney-Vento Act and State law, if sharing housing is due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason.

"Other temporary living situation"

In addition to the four examples of temporary housing, students who lack a "fixed, adequate, and regular" nighttime residence are also covered as homeless under the McKinney-Vento Act and State law. This may include unaccompanied youth who have fled their homes or were forced to leave their homes and who do not otherwise meet the definition of "doubled-up."

"In permanent housing"

Permanent housing means that the student's living arrangements are "fixed, regular, and adequate."

Next Steps for LEAs with Students Living in Temporary Housing Arrangements

If the parent, person in parental relation, or unaccompanied youth indicates that a student is living in temporary housing, the LEA must complete a Designation Form. If the LEA believes additional information is needed before reaching a final decision on the student's eligibility under McKinney-Vento, enrollment should not be delayed and a Designation Form should still be filled out. For more information about determining eligibility see the National Center on Homeless Education's Determining Eligibility Brief, available at: http://nche.ed.gov/downloads/briefs/det_elig.pdf.

If a student who is identified as homeless was last permanently housed in a different school district, the district of attendance/local district will be eligible for tuition reimbursement from SED for the cost of educating the student. School districts should complete a STAC-202 form if eligible for tuition reimbursement. For more information about STAC-202 forms contact the STAC Office at 518-474-7116 or NYS-TEACHS at 800-388-2014.