



7 Memorial Drive  
Miller Place, NY 11764  
Teléfono: (631) 474-2700  
Fax: (631) 474-0686

## Distrito Escolar Gratuito de Miller Place Union

### LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Bienvenido al Distrito Escolar de Miller Place!

La inscripción es solo con cita previa. Ya sea que esté inscribiendo a un estudiante de kindergarten por primera vez, mudándose al distrito, mudándose nuevamente al distrito, transfiriéndose de la escuela privada y parroquial o registrando a un estudiante de preescolar para recibir servicios de educación especial. traer a su cita de registro.

#### Información de registro del estudiante:

**Se necesitan los siguientes formularios de registro para cada estudiante:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Formulario de registro del estudiante (RF-02) | <input type="checkbox"/> Formulario de información del estudiante (RF-09)  |
| <input type="checkbox"/> Cuestionario de residencia (RF-12)            | <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento del estudiante con sello levantado u otro documento oficial alternativo |
| <input type="checkbox"/> Cuestionario de idioma del hogar (RF-03)      | <input type="checkbox"/> Registros de inmunización del estudiante preparados por un médico                                 |
| <input type="checkbox"/> Formulario de preferencia de idioma (RF-15)   |  |
| <input type="checkbox"/> Formulario de información de salud (RF-04)    |  |
| <input type="checkbox"/> Formulario de examen de salud (RF-04B)        |  |
| <input type="checkbox"/> Formulario de higiene dental (RF-04C)         |  |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de registros (RF-06)                |  |
| <input type="checkbox"/> Formulario de transporte (RF-07)              |  |

**El Distrito debe comprender los arreglos de custodia de cada estudiante. Proporcione la siguiente información:**

- Formulario suplementario de información familiar (RF-05)
- Todos los acuerdos de custodia aplicable temporal (*copias oficiales*)
- Niños de crianza- Formulario DSS 2999 (*si corresponde*)

#### Información de residencia familiar:

Los documentos sugeridos que se enumeran a continuación deben tener el nombre del padre o tutor con una dirección actual del distrito y una fecha dentro de los 45 días, si corresponde:

#### Uno (1) de los siguientes elementos actuales:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> arrendamiento                    | <input type="checkbox"/> Otras declaraciones juradas o documentos ( <i>si corresponde</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Escritura                        | <input type="checkbox"/> jurada de ocupación del propietario ( <i>si corresponde</i> )      |
| <input type="checkbox"/> Declaración de hipoteca reciente |   |

#### Dos (2) de los siguientes elementos actuales:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Factura eléctrica                 | <input type="checkbox"/> Licencia de conducir / Tarjeta de identificación de no conductor                   |
| <input type="checkbox"/> Factura de gas                    | <input type="checkbox"/> Seguro de automóvil / Registro de automóvil  |
| <input type="checkbox"/> Factura de agua                   | <input type="checkbox"/> Declaración bancaria ( <i>solo la primera página - número de cuenta en negro</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Factura de entrega de combustible | <input type="checkbox"/> Otro (s) documento (s)   |
| <input type="checkbox"/> Factura de cable                  |   |
| <input type="checkbox"/> Factura del teléfono Declaración  |   |



# Miller Place Union Free School District

7 Memorial Drive  
 Miller Place, NY 11764  
 Teléfono: (631) 474-2700  
 Fax: (631) 474-0686

## FORMULARIO DE REGISTRO DEL ESTUDIANTE (Por favor toda la información)

Fecha de Registro: \_\_\_\_\_ Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_ Grado de registro: \_\_\_\_\_ CARNÉ DE IDENTIDAD#: \_\_\_\_\_

Información del Estudiante				
Apellido Nombre		legal nombre del estudiante	segundo nombre	Sufijo del segundo(Jr./III,IV)
Apodo	Género (círculo) <i>Hombre o mujer</i>	Fecha de nacimiento  / /		Edad
étnica Es el estudiante hispano o latino - (marque con un círculo) <i>Sí o No</i>		nacimiento en el país		Prueba de nacimiento <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Tarjeta de extranjero <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otra
raza - (Marque uno o más que correspondan) <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> blanca de		Ciudad nacimiento	Ciudadano de los EE. UU. (Marque con un círculo)  <i>Sí o No</i> (para ser contestado después de la inscripción)	
Si no nació en los Estados Unidos, Fecha de ingreso (opcional):		Estado de nacimiento	Idioma del hogar	
Información del tutor				
Estado civil de los padres <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> custodia oficial Papeles				
Nombre del Padre		empleador	Teléfono trabajo #	del de celular
Dirección de correo electrónico del padre				
Nombre de la madre		empleador	Teléfono trabajo #	del de celular
Dirección de correo electrónico de la madre				
Información del Hogar				
apellido de la familia		Número de teléfono	sin hogar (círculo) <i>Sí o No</i>	Residencia verificado
Residencia Dirección		Dirección postal (si es diferente)		
Residencia Ciudad, Estado, Código		postal Ciudad, Estado, Código postal (si es diferente)		

Información del Estudiante			
Apellido legal del estudiante	Nombre legal del estudiante	segundo nombre	Sufijo del segundo(Jr./III, IV)
Información sobre el hogar Continua			
Nombre	Sexo (círculo) <i>Hombre</i> <input type="radio"/> <i>mujer</i>	Fecha de nacimiento / /	relación
Nombre	Sexo (círculo) <i>Hombre</i> <input type="radio"/> <i>mujer</i>	Fecha de nacimiento / /	relación
Nombre	Sexo (círculo) <i>Hombre</i> <input type="radio"/> <i>mujer</i>	Fecha de nacimiento / /	relación
Nombre	Sexo (círculo) <i>Hombre</i> <input type="radio"/> <i>mujer</i>	Fecha de nacimiento / /	relación
Nombre	Sexo (círculo) <i>Hombre</i> <input type="radio"/> <i>mujer</i>	Fecha de nacimiento / /	relación
Nombre	Sexo (círculo) <i>Hombre</i> <input type="radio"/> <i>mujer</i>	Fecha de nacimiento / /	Relación de
información educativa anterior (si corresponde)			
¿Ha asistido el estudiante a una escuela UFSD de Miller Place en el pasado?			<i>Sí o No</i>
Escuela transferida de:			Número de teléfono:
Dirección de la escuela anterior:			Director:
Información sobre cuidados de crianza temporal			
¿Es el estudiante un niño de crianza? (Se debe proporcionar el formulario DSS-2999)			<i>Sí o No</i>
Agencia de crianza:			Número de teléfono:
Dirección de la Agencia de crianza:			Trabajador de caso:
Información de educación especial			
¿Está el estudiante recibiendo servicios de educación especial? (Proporcione una copia del IEP más reciente).			<i>Sí o No</i>
<input type="checkbox"/> Discurso <input type="checkbox"/> OT / PT <input type="checkbox"/> Sala de recursos <input type="checkbox"/> Aula Autocontenida <input type="checkbox"/> Plan de Alojamiento 504			
Proveedor de Servicios de Educación Especial o Distrito Escolar que Proporciona Servicios:			Contacto:
Información de Contacto de Emergencia			
Indique quiénes serán los responsables en caso de una emergencia si no se puede contactar a los padres (el estudiante no será entregado a nadie que no esté en la lista):			
Nombre	Número de teléfono	Número de teléfono celular	Relación
Nombre	Número de teléfono	Número de teléfono celular	Relación
Nombre	Número de teléfono	Número de teléfono celular	Relación

*Firma del padre / tutor*

*Fecha*



# Distrito Miller Place Unión Escuela libre

CUESTIONARIO RESIDENCIA  
*(Imprima toda la información)*

7 Memorial Drive  
Miller Place NY 11764  
teléfono: ( 631) 474-2700  
Fax: (631) 474-0686

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_  
Último primero Medio

Género: Hombre      Fecha de nacimiento:      /      /      Grado: \_\_\_\_\_      CARNÉ DE IDENTIDAD#: \_\_\_\_\_  
Mujer      Mes      Día      Año      (preescolar-12)      (opcional)

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

**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.**

¿Dónde vive el estudiante actualmente? (Por favor, marque **uno** caja.)

- En vivienda
- permanente En un refugio
- Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de la vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces denominadas "duplicadas")
- En un hotel / motel
- En un automóvil, parque, autobús, tren , o camping
- Otra situación de vivienda temporal (por favor describa):

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del padre, tutor o Estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, tutor o estudiante de la(para jóvenes sin hogar no acompañados)

\_\_\_\_\_  
fecha



Lissette 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.

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>GÉNERO:</b>
_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculino
Mes	Día	Año
_____	_____	_____
<b>INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL</b>		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante
_____	_____	_____

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

#### Conocimientos de idiomas

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

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

#### TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

## Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

### Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: \_\_\_\_\_

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

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

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

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

10b. \*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

No     Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: \_\_\_\_\_

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

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

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

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?

(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

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

Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

*Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal*

*Date*

Relación con el estudiante:     Madre     Padre     Otra: \_\_\_\_\_

#### OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: \_\_\_\_\_ POSITION: \_\_\_\_\_

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

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

NAME: \_\_\_\_\_ POSITION: \_\_\_\_\_

ORAL INTERVIEW NECESSARY:     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:



## Distrito Miller Place Unión Escuela libre

7 Memorial Drive  
Miller Place, NY 11764  
Teléfono: (631) 474-2700  
Fax: (631) 474-0686

Formulario de preferencia de idioma  
(por favor imprima toda la información)

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

ID #: \_\_\_\_\_

Parent/ Guardian Name: \_\_\_\_\_

Nos gustaría saber su preferencia de idioma al recibir información importante de la escuela. A través de esto es bastante difícil proporcionar servicios de traducción e interpretación en todos los idiomas, se agradece enormemente su ayuda para responder las preguntas a continuación.

1. ¿En qué idioma te gustaría recibir información escrita de la escuela?

Inglés                       coreano  
 Árábica                     portugués  
 bengalí                     ruso  
 chino                       Español  
 criolla haitiana         urdo

2. ¿En qué idioma prefiere comunicarse con el personal de la escuela?

Inglés                       coreano  
 Árábica                     portugués  
 bengalí                     ruso  
 chino                       Español  
 criolla haitiana         urdo

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre / tutor*

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



## Distrito Miller Place Unión Escuela libre

7 Memorial Drive  
 Miller Place, NY 11764  
 Teléfono: (631) 474-2700  
 Fax: (631) 474-0686

## INFORMACIÓN DE SALUD

(Por favor imprima toda la información)

Estudiante Información			
Apellido legal del estudiante	Nombre legal del estudiante	Nombre Segundo	Grado / Escuela

1. Alergias -ambiental	Sí o No
2. alergias - Alimentos	Sí o No
3. Alergias - Medicina	Sí o No
4. Asma	Sí o No
5. pollo viruela	Sí o No
6. Contacto con TB	Sí o No
7. Diabetes	Sí o No
8. Difteria	Sí o No
9. Condición de la oreja	Sí o No
10. Anteojos / lentes de contacto	Sí o No
11. Fracturas	Sí o No
12. Frecuente Resfriados	Sí o No
13. Dolores de cabeza frecuentes	Sí o No
14. Dolores de garganta frecuentes	Sí o No
15. Sarampión alemán	Sí o No

16. Audifonos	Sí o No
17. Enfermedad cardíaca	Sí o No
18. Sarampión	Sí o No
19. Paperas	Sí o No
20. Operaciones	Sí o No
21. Defecto ortopédico	Sí o No
22. Neumonía	Sí o No
23. Fiebre reumática	Sí o No
24. Fiebre escarlata	Sí o No
25. Trastorno de convulsiones	Sí o No
26. Lesiones graves	Sí o No
27. Dificultades del habla	Sí o No
28. Tuberculosis	Sí o No

29. Tos ferina	Sí o No
----------------	---------

Si contestó sí a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione la explicación y los detalles necesarios ( como las fechas).

¿Está su hijo recibiendo algún medicamento de forma continua en el momento presente? Por favor sea lo más específico posible.	Sí o No ¿
---	-----------

Alguna modificación en la actividad solicitada por su médico en este momento?	Sí o No
---	---------

Médico familiar:	Médico Número de teléfono:
Dentista familiar:	Dentista Número de teléfono:

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre / tutor*

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

## Miller Place Union Free School District Health Examination Form

**Miller Place  
High School**

15 Memorial Drive  
Miller Place, NY 11764  
Health Office: 631-474-2481  
Fax: 631-331-4093

**North Country Road  
Middle School**

191 North Country Rd  
Miller Place, NY 11764  
Health Office: 631-474-7258  
Fax: 631-474-0362

**Laddie A. Decker  
Sound Beach School**

197 North Country Rd  
Miller Place, NY 11764  
Health Office: 631-474-2721  
Fax: 631-331-4342

**Andrew Muller  
Primary School**

65 Lower Rocky Point Road  
Miller Place, NY 11764  
Health Office: 631-474-2717  
Fax: 631-474-4738

Estimados padres/tutores,

La ley del estado de Nueva York requiere un examen de salud para todos los estudiantes **que ingresan al distrito escolar por primera vez y al ingresar a Pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11 grado.**

El examen debe ser completado por un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia del Estado de Nueva York.

También se solicita al mismo tiempo un certificado dental que indique que su hijo ha sido visto por un dentista o higienista dental. La escuela le proporcionará una lista de dentistas e higienistas dentales registrados que ofrecen servicios dentales de forma gratuita o a un costo reducido si lo solicita.

- Se debe proporcionar una copia del examen de salud a la escuela dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que su hijo comienza en la escuela y cuando su hijo comienza los grados K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11. Si no se entrega una copia a la escuela dentro de los 30 días, la escuela se comunicará con usted.
- Si su hijo tiene una cita para un examen durante este año escolar que es después de los primeros 30 días de clases, notifique a la Oficina de Salud con la fecha.

Le sugerimos que haga copias de los formularios completados para sus propios registros antes de enviarlos a la oficina de salud de la escuela.

Sinceramente  
Las enfermeras de la escuela Miller Place

# REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM

## TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR

**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"/> <b>Allergies</b>	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> <b>Asthma</b>	<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"/> <b>Seizures</b>	Type: _____ Date of last seizure: _____ <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b>	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/m<sup>2</sup>

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

**Hyperlipidemia:**  Yes  Not Done      **Hypertension:**  Yes  Not Done

### PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

<b>Height:</b>	<b>Weight:</b>	<b>BP:</b>	<b>Pulse:</b>	<b>Respirations:</b>
<b>Laboratory Testing</b>	<b>Positive</b>	<b>Negative</b>	<b>Date</b>	<b>Lead Level</b> Required for PreK & K
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 5$ $\mu\text{g}/\text{dL}$
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*
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached	*Required only for students with an IEP receiving Medicaid	

Name:		Affirmed Name (if applicable):		DOB:	
<b>SCREENINGS</b>					
Vision & Hearing Screenings Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11					
<b>Vision Screening</b>	<b>With Correction</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Right</b>	<b>Left</b>	<b>Referral</b>	<b>Not Done</b>
Distance Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening		<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail			<input type="checkbox"/>
Notes					
<b>Hearing Screening:</b> Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.					<b>Not Done</b>
Pure Tone Screening	<b>Right</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<b>Left</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<b>Referral</b> <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/>
Notes					
<b>Scoliosis Screening:</b> Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		<b>Negative</b>	<b>Positive</b>	<b>Referral</b>	<b>Not Done</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
<b>FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION*/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK</b>					
<input type="checkbox"/> <b>*Family cardiac history reviewed</b> – required for Dominick Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act					
<input type="checkbox"/> <b>Student may participate in all activities without restrictions.</b>					
<b>If Restrictions Apply</b> – Complete the information below					
<input type="checkbox"/> <b>Student is restricted from participation in:</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Contact Sports:</b> Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.					
<input type="checkbox"/> <b>Limited Contact Sports:</b> Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.					
<input type="checkbox"/> <b>Non-Contact Sports:</b> Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.					
<input type="checkbox"/> <b>Other Restrictions:</b>					
<b>Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required</b> for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level <b>OR</b> Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.					
<b>Tanner Stage:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V					
<input type="checkbox"/> <b>Other Accommodations*:</b> Provide Details (e.g., brace, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.):					
*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.					
<b>MEDICATIONS</b>					
<input type="checkbox"/> Order Form for medication(s) needed at school attached					
<b>COMMUNICABLE DISEASE</b>			<b>IMMUNIZATIONS</b>		
<input type="checkbox"/> Confirmed free of communicable disease during exam			<input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS		
<b>HEALTHCARE PROVIDER</b>					
Healthcare Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
<b>Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.</b>					

# Año escolar 2022-2023

## Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela<sup>1</sup>

**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
<b>Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)<sup>2</sup></b>	<b>4 dosis</b>	<b>5 dosis o 4 dosis</b> si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o <b>3 dosis</b> si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año	<b>3 dosis</b>	
<b>Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes<sup>3</sup></b>	<b>No corresponde</b>		<b>1 dosis</b>	
<b>Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)<sup>4</sup></b>	<b>3 dosis</b>	<b>4 dosis o 3 dosis</b> si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
<b>Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)<sup>5</sup></b>	<b>1 dosis</b>	<b>2 dosis</b>		
<b>Vacuna contra la hepatitis B<sup>6</sup></b>	<b>3 dosis</b>	<b>3 dosis o 2 dosis</b> 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		
<b>Vacuna contra la varicela<sup>7</sup></b>	<b>1 dosis</b>	<b>2 dosis</b>		
<b>Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)<sup>8</sup></b>	<b>No corresponde</b>		<b>7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado: 1 dosis</b>	<b>2 dosis o 1 dosis</b> si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
<b>Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)<sup>9</sup></b>	<b>1 a 4 dosis</b>	<b>No corresponde</b>		
<b>Vacuna neumocócica conjugada (PCV)<sup>10</sup></b>	<b>1 a 4 dosis</b>	<b>No corresponde</b>		

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](http://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**

New York State Department of Health/Bureau of Immunization  
[health.ny.gov/immunization](http://health.ny.gov/immunization)

**Miller Place UNIÓN LIBRE DEL DISTRITO ESCOLAR**  
**Higiene Dental Forma**

**Estudiante Nombre:** \_\_\_\_\_

**Colegio:** \_\_\_\_\_ **Grado :** \_\_\_\_\_

**El cuidado dental es una parte esencial del programa de salud total para su hijo. El distrito escolar lo exhorta a que su hijo visite al dentista para un examen por lo menos una vez al año. Haga que su dentista familiar marque la casilla correspondiente y devuelva el formulario a la Oficina de Salud.**

\_\_\_ Se está recibiendo atención dental.  
Tratamiento a completar en \_\_\_\_\_ (Fecha)

\_\_\_ Atención dental completada en \_\_\_\_\_ (Fecha)

\_\_\_ Bajo tratamiento de ortodoncia.

**Notaciones especiales:**

**Firma del dentista:** \_\_\_\_\_

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



# Miller Place Union Free School District

## SOLICITUD DE REGISTROS (*toda la información*)

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela: \_\_\_\_\_

A quien corresponda:

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El estudiante mencionado anteriormente, se registró anteriormente en su distrito y ahora está registrado en el Distrito Escolar Gratuito Miller Place Union. Envíe los registros solicitados al edificio escolar que se indica al final de esta carta:

**Registros solicitados:** Registros académicos expediente académico, boletines de calificaciones, laboratorios de ciencias que incluyen los últimos grados

puntajes de Inteligencia y Logro de los los puntajes SAT, ACT y AP, si corresponde

Registros de asistencia

Disciplina de Registros

Aprendizaje Pruebas de discapacidad

Registros psicológicos / psiquiátricos

Registros de salud

Físicos

Inmunizaciones

Historial social.

Cualquier y toda otra información disponible, incluidos TODOS los registros de educación especial.

Gracias por su ayuda con esta solicitud.

YO, \_\_\_\_\_ por la presente le damos permiso para que usted divulgue los

registros mencionados anteriormente al Distrito Escolar de Miller Place Union Free.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de testigo: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ENVÍEN LOS REGISTROS A LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA INDICADA ABAJO**

Andrew Muller Primary School  
65 Lower Rocky Point Road  
Miller Place, NY 11764  
Teléfono: (631) 474-2715  
Fax: (631) 474-4738

Escuela de playa Laddie A. Decker  
Sound 197 North Country Road  
Miller Place, NY 11764  
Teléfono: (631)  
474-2719  
Fax: (631) 474-2497

Miller Place Oficina de  
educación especial de  
UFSD 7 Memorial Drive  
Miller Place, NY 11764  
Teléfono: (631)  
474-2700  
Fax: (631) 474-9890

North Country Road Middle School  
191 North Country Road  
Miller Place, NY 11764  
Teléfono: (631)  
474-2710  
Fax: (631) 474- 5178

Miller Place High School  
Attn: Orientación  
15 Memorial Drive  
Miller Place, NY 11764  
Teléfono: (631)  
474-2723  
Fax: (631) 474-2734

RF-06



# Miller Place Union Free School District

## Formulario de transporte

<b>Nombre del estudiante:</b>		<b>Nº de identificación:</b>	
<b>Escuela:</b>		<b>Grado:</b>	
<b>Maestro asignado:</b>			
<b>Nombre del padre / tutor:</b>		<b>Número de teléfono:</b>	
<b>Dirección:</b>	_____		
<i>Para oficina e Use Only:</i>			
<b>Bus Stop Location:</b>	<b>Bus In to School:</b>	<b>Bus Letter or Number</b>	<b>Approximate Time</b>
	<b>Bus Home from School:</b>	<b>Bus Letter or Number</b>	<b>Approximate Time</b>
<b>Special Needs or Other Comments:</b>	_____		



# Miller Place Union Free School District

## Información del estudiante

La información solicitada en este formulario se utilizará para determinar si el Distrito Escolar de Miller Place es elegible para recibir fondos suplementarios para la educación de estudiantes inmigrantes. Se debe enviar un recuento anual al Departamento de Educación del Estado de Nueva York (NYSED). No es necesario que complete la información en este formulario. Si elige no completar el formulario, es posible que el distrito escolar no sea elegible para recibir fondos suplementarios para la educación de los estudiantes inmigrantes. Los administradores del distrito escolar y el NYSED tienen acceso a esta información.

### Información de identificación del estudiante

Apellido del estudiante:

Nombre:

Fecha de nacimiento:    /    /

Nivel de grado:

### Por favor responda a las siguientes preguntas marcando la casilla correspondiente

1. ¿Su hijo tiene entre 3 y 21 años? Si o No
2. ¿Nació su hijo fuera de los cincuenta Estados Unidos? Si o No
3. ¿Ha asistido su hijo a escuelas públicas y no públicas? Si o No  
¿En los Estados Unidos por menos de tres años académicos completos?

### Verificación del padre / tutor de la información

Por la presente verifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Miller Place Union Free School District

No aplicable (por favor firme abajo)

## INFORMACIÓN FAMILIAR FORMULARIO SUPLEMENTARIO

Los padres tienen la responsabilidad de presentar una copia oficial de cualquier instrumento legalmente vinculante que ejerza la custodia u otros derechos de los padres, y, sin uno, la escuela asumirá que ambos padres tienen igual acceso a los registros escolares y la información del estudiante.

Información del estudiante			
Apellido Legal del Estudiante	Nombre legal del estudiante	Segundo nombre	La escuela primaria

Información de custodia de los padres				
Apellido	Nombre	Empleador		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de casa #	Teléfono del trabajo #	Teléfono móvil #		
Dirección de correo electrónico			¿Recibir correos? Si o no	

Información de padres sin custodia				
Apellido	Nombre	Empleador		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de casa #	Teléfono del trabajo #	Teléfono móvil #		
Dirección de correo electrónico			¿Recibir correos? Si o no	

Información del padre de la etapa (si corresponde)				
Apellido	Nombre	Empleador		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de casa #	Teléfono del trabajo #	Teléfono móvil #		
Dirección de correo electrónico			¿Recibir correos? Si o no	

Guardián Legal (si es otro)				
Apellido	Nombre	Empleador		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de casa #	Teléfono del trabajo #	Teléfono móvil #		
Dirección de correo electrónico			¿Recibir correos? Si o no	

Signature of Parent/Guardian

Date

RF-05

**OFICINA DE**  
**Educación especial**  
**DISTRITO ESCOLAR GRATUITO DE MILLER PLACE UNION**  
**7 Memorial Drive Miller**  
**Place, NY 11764-2036**  
Telephone (631) 474-2700 x733  
Fax (631) 474-9890

Dr. Marianne F. Cartisano  
Superintendente

Sandra Wojnowski  
Director Ejecutivo de Servicios Educativos

---

Estimados Padres / Guardianes,

El Distrito proporciona servicios y programas de educación especial a estudiantes con discapacidades de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables. Cualquier padre o persona en la relación de los padres que sospeche que su hijo tiene una discapacidad puede referirlo para una evaluación por parte del Comité de Educación Especial (CSE) del distrito para determinar su elegibilidad para servicios y programas de educación especial. Se encuentra disponible información más detallada sobre este proceso en "Guía para padres sobre educación especial", que se publica en el sitio web del Departamento de Educación del Estado de Nueva York en inglés y español.

Las personas en contacto con los padres deben comunicarse con la Sra. Wojnowski en la Oficina de Servicios de Personal Estudiantil del Distrito si sospechan que su hijo tiene una discapacidad.

Sandra wojnowski  
Director Ejecutivo de  
Servicios Educativos 7  
Memorial Drive  
Miller Place, NY 11764  
631-474-2700 x 733

SW/jm



**Notario:**

Jurado ante mí esto \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

Notario público

- \* Firma para ser atestiguada por un notario público si el propietario ocupa las mismas instalaciones y no es un empleado o funcionario de una compañía de bienes raíces o corporación. La firma de los propietarios individuales que no ocupan los locales puede ser presenciada por un notario público que no sea el Notario. La firma de la empresa o de la corporación sobre el título y el nombre de la empresa no deben ser testigos.



**DESTACADOS CUSTODIALES \***

7. Declaración que establece quién le proporciona al niño alimentos, ropa y todas las demás necesidades.

---

---

---

8. Declaración de custodia que asume la responsabilidad total de todos los asuntos relacionados con la educación y la atención médica del niño.

---

---

---

9. Declaración de cualquier otro hecho relevante.

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Custodio

**Notario:**

Me juró esto \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario público

\* En su caso, esta declaración jurada debe ser ejecutada individualmente por cada custodio.