

GRATIS

Padres/Tutores:

¿Necesita ayuda para llenar los papeles de inscripción del distrito escolar para su hijo/a GRATIS?

Por favor comunicarse de Lunes a Viernes con:

Sra. Caballero: (516) 547-8465

Sra. Lopez: (516) 737-6934

Después que tenga todo listo, por favor entregue los papeles de inscripción en nuestra oficina del distrito escolar localizada en la 154 Dosis Lane, Glen Cove New York 11542

Gracias



Distrito Escolar de Glen Cove Inscripción de Nuevos Estudiantes

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

1. Prueba de la edad de su hijo. Maneras de mostrar la edad de un niño

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

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

- Licencia de conducir
 - Identificación del estado o del gobierno
 - Identificación de la foto de la escuela con fecha de nacimiento
 - Tarjeta de Consulado
 - Expedientes hospitalarios o de salud
 - Tarjeta de identificación dependiente militar
 - Otros documentos de agendas federales / estatales / locales (ejemplos: Departamento de Servicios Sociales, Oficina de Reasentamiento de Refugiados) Órdenes judiciales
 - Documento tribal native americano
 - Registros de agendas internacionales de ayuda o agendas voluntarias
2. Su propia identificación con foto, como una licencia de conducir o pasaporte.
3. Un registro del médico con todas las vacunas enumeradas con la firma de un doctor así que sello. Para los requisitos actuales de inmunización, seleccione este enlace:
(<http://www.health.ny.gov/publications/2370.pdf>)
4. Prueba de residencia.

Maneras en que puede mostrar la residencia:

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

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

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

5. Prueba de custodia o tutela O

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

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



DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE GLEN COVE
Dosoris Lane
Glen Cove, Nueva York 11542

Hoy, _____, solicito permiso para que el niño cuya información aparece a continuación sea admitido al Distrito Escolar
(Fecha)

de la ciudad de Glen Cove.

DS LS GS CS MS HS

Nombre del estudiante: _____ M ____ F ____ Grado _____
(Apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento _____
mes día año

Madre/Guardián/otro _____

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____

Núm. de teléfono: Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Fecha de nacimiento _____ Correo electrónico _____

Nombre del empleador _____

Padre/Guardián/otro _____

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____

Núm. de teléfono: Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Fecha de nacimiento _____ Correo electrónico _____

Nombre del empleador _____

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

ETNIA (debe seleccionar una):

- Hispano, Latino o español
- No Hispano, Latino o español

Raza (debe seleccionar al menos una):

- Afroamericano
- indio americano/nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawái/Islas del Pacífico
- Blanco

Residencia / Vivienda

- Otra situación
- Apartamento abandonado
- En un motel/hotel
- Estación de tren o autobús
- Vivienda permanente
- Tren/Autobús/Automóvil
- Con un familiar
- En un refugio
- Vivienda temporal
- Parque/Campamento

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

PARA SER COMPLETADO SOLO POR LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

Inmunizaciones/información médica

Requisitos de inmunizaciones completos: sí _____ no _____

Fecha de la primera vacuna antipoliomiélfica: _____

Verificada por _____

Médico de familia: _____ () _____
(nombre) dirección teléfono

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

Requisito de examen físico completado: sí _____ no _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

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

Nombre _____ Relación _____

Núm. de teléfono: Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Nombre _____ Relación _____

Núm. de teléfono: Particular () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

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

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

Para firmar en el momento de la inscripción

Fecha

Fecha

Nombre EN LETRA DE IMPRENTA de la Madre o Guardián

Nombre EN LETRA DE IMPRENTA del Padre o Guardián

Firma de la Madre o Guardián

Firma del Padre o Guardián

Firma de las personas a cargo de la inscripción y fecha



Glen Cove City School District Request for Records/ Solicitud de registros

Date/Fecha: _____

Please enter student's previous school name and address/ Ingrese el nombre y la dirección de la escuela anterior del estudiante:

Re: _____
(Student's Name) (Nombre del Estudiante) (Grade/Calificación) (Date of Birth)(Fecha de Nacimiento)

Previous School Name/Nombre de la escuela anterior: _____

Previous School Address/Dirección de la escuela anterior: _____ City/ciudad _____

State/Estado: _____ Zip/código postal _____

Previous Home Address/ Dirección anterior: _____ City/ciudad _____

State/Estado: _____ Zip/código postal _____

Last day of attendance from prior school / último día de asistencia de la escuela anterior: _____

Last grade attended/último grado al que asistió: _____

To Whom It May Concern:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parent/Guardian Signature

Date



Glen Cove School District
Special Education Services/Special Services
150 Dosoris Lane, Glen Cove, New York 11542
(516) 801-7010 • Fax: (516) 801-7019

A: Padre/Madre o Guardián de _____

REF.: Educación Especial/Servicios Especiales

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

Firma del Padre/Madre o Guardián _____



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK
Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes
para alumnos de preescolarⁱ

*Estimado padre, madre o tutor:
 Gracias por completar el Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes. Esta encuesta aportará a su escuela nueva información valiosa sobre la experiencia de su hijo con los idiomas. La información reunida servirá para que los educadores de preescolar puedan brindar un nivel de instrucción relevante desde el punto de vista lingüístico y académico, que afiance el idioma y la alfabetización de todos los alumnos.*

ESTA SECCIÓN SOLO SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR O A CARGO DE LA INSCRIPCIÓN Y SE ARCHIVARÁ
Fecha en que se completó el perfil:
Nombre del estudiante:
Sexo:
Fecha de nacimiento:
Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad:
Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):
Nombre de la persona que administra el perfil:
Puesto:

Información del padre, la madre o la persona que desempeña un rol parental

Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:

Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil: Madre Padre Otro

¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela? Inglés Otro idioma que se habla en el hogar:

Idioma que se habla en el hogar

1. ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?

2. ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente? (Enumere todos los que correspondan.)

3. ¿Hay un cuidador en el hogar? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?

4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?

5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?

6. ¿Su hijo tiene hermanos? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?

7a. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones cortas?

¿En qué idioma?

7b. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones completas?

¿En qué idioma?

8. ¿Qué idioma utiliza su hijo en los juegos de simulación?

9. ¿Cómo ha aprendido inglés su hijo hasta este momento (programas de televisión, hermanos, personas a cargo del cuidado, etc.)?

Idioma fuera del hogar/de la familia

10. ¿Su hijo ha asistido a algún programa de guardería, Head Start o de cuidado infantil? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma se hablaba en el programa?

¿En qué idiomas interactúa su hijo con otras personas en el entorno de guardería o cuidado infantil?

11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que hace su hijo con los amigos?

Objetivos de idioma

12. ¿Cuáles son sus objetivos de idioma para su hijo? Por ejemplo, ¿quiere que su hijo aprenda a hablar bien más de un idioma?

13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe? Sí No

14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida?

Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma?

Alfabetización emergente

15. ¿Su hijo tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca?

¿En qué idioma le leen estos libros?

16a. ¿Su hijo puede decir algunas letras o sonidos en inglés? Sí No

16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17a. ¿Su hijo simula leer? Sí No No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17b. ¿Su hijo simula escribir? Sí No No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje? Sí No

De ser así, ¿qué objetivos describe?

20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

ⁱ Para más información, comuníquese con la Oficina de Educación Infantil del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-5807, o por correo electrónico a OEL@nysed.gov, o la Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-8775 o (718) 722-2445, o por correo electrónico a OBEWL@nysed.gov.



Formulario de transferencia de Aptitud Atlética Estudiantil

Debe completarse por todos los alumnos nuevos

Fecha de compleción del formulario: _____

Primera fecha de ingreso en el 9° Grado: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado actual: _____

Nombre del alumno: _____ Domicilio: _____

No. particular: _____ No. de celular: _____

Razón del traslado: _____ Nombre del padre/tutor con quien reside: _____

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

Nombre de la escuela secundaria anterior: _____ Fecha de retiro de la escuela indicada más arriba: _____ De resultar aplicable, nombre las escuelas secundarias a las que ha asistido anteriormente: _____

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

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

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

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

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

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

Firma del alumno: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del director atlético: _____ Fecha: _____

Decisión: Aprobado: _____ No apto: _____

La aptitud debe aprobarse antes de la participación.



Student Athletic Eligibility Transfer Form

Required to be completed for all new students

Date of form completion: _____

First Date of Entry into 9th Grade: _____

Date of Birth: _____

Age: _____

Current Grade: _____

Student Name: _____

Address: _____

Home #: _____

Cell #: _____

Reason for transfer/move: _____

Name of Parent/Guardian who you reside with: _____

How long have you resided with this Person named above: _____

Name of previous high school: _____

Date of withdrawal from school listed above: _____

If applicable, name of previous high schools attended: _____

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

Were you recruited or influenced by anyone to transfer to Glen Cove High School to play sports? If yes, please provide the name of the person. _____

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

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

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

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

Signature of Student: _____ Date: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Signature of Athletic Director: _____ Date: _____

Decision: Approval: _____ Ineligible: _____

Eligibility must be approved prior to participation.



GLEN COVE CITY SCHOOL DISTRICT
RECONOCIMIENTO DE INMUNIZACIÓN
154 Dosoris Lane, Glen Cove, New York 11542
(516) 801-7010 • Fax: (516) 801-7019

Estimado Padre / Tutor:

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

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

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

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

RECONOCIMIENTO DE PADRE / TUTOR

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Teléfono: _____

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

Firma del Padre / Tutor

Fecha



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

Estimados padres:

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

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

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

Superintendente de Escuelas

Cortar por la línea y devolver

CERTIFICADO ODONTOLÓGICO ANUAL

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

FIRMA DEL ODONTÓLOGO

SI NO ESTÁ BAJO TRATAMIENTO, EXPLIQUE LA RAZÓN

FECHA

FIRMA DEL PADRE O MADRE



DISTRITO de GLENCOVE
FORMA de SALUD Completar por el Padre/Tutor

Fecha _____
 Escuela _____
 Grado _____ ID# _____
 Edad _____

Apellido _____ Nombre _____
 Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____ Sexo _____
 Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del padre _____ Teléfono del trabajo _____
 Nombre de la Madre _____ Teléfono del trabajo _____
 Doctor de la familia _____ Dirección _____ Teléfono _____

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

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

HISTORIA MÉDICA

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

Otras enfermedades serias o impotencia física _____

Puede él o ella participar en todas las actividades físicas _____

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

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

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

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

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

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

Tiene su hijo(a) algún problema de balance o coordinación _____ Escoliosis _____ Ha tenido fiebre prolongada _____ o convulsiones _____ detalles _____ Ha tenido EEG _____ examen

neuroológico _____ fecha _____ doctor _____

Ha alguna vez tomado alguna sustancia venenosa _____ detalles _____

Firma de los Padres _____

(Virar)



DISTRITO de GLENCOVE
FORMA HISTORIAL SOCIAL

Fecha _____
Escuela _____
Grado _____ ID# _____
Año _____

Idioma que se habla en la casa _____

Apellido _____ Primer Nombre _____
Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Historia Prenatal:

- Edad de la madre cuando nació el niño(a) _____
- Señale las condiciones que la madre tuvo durante el embarazo:
Infección de Virus _____ Sarampión Negro _____ Diabetes _____
Sangrando _____ Anemia _____ RH _____ Flebitis _____
Presión alta _____ Enfermedad de Riñones o vejiga _____ Convulsión _____
Vomito prolongado _____ Accidente o herida _____ Rayos X _____
- Señale aquellas medicaciones que se tomaron durante el embarazo:
Pastillas de Agua _____ Nausea _____ Dolor _____ Dormir _____ Alcohol _____ otra droga _____

Historia de Nacimiento:

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

Historia de Desarrollo:

Físico:

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

Sociable/Emoción:

- Tiene su hijo(a) tendencia de nervios _____ Si, por favor de elaborar _____

Chupa dedo _____ Se come las uñas _____ Tiene miedo a la oscuridad _____ Pesadillas _____
Moja la cama _____ Dolor de cabeza _____ Frecuente dolores de estomago _____
Vomitara _____ Exceso de historia (mentiras o fantasías) _____ Se niega a hablar _____

- Tiene concierne acerca de su comportamiento _____
Testarudo _____ exceso de cólera _____ Pataletas _____ resiste a la autoridad _____
Poca atención _____ inquieto _____ muy activo _____ demasiado ansioso _____
Dependiente _____
Miedo de equivocarse _____ decaído _____ Tiene pocos amigos _____ solitario _____

Aprendiendo

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

Firma de la Enfermera _____ Firma de los Padres _____

**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE 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 $\mu\text{g}/\text{dL}$
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:	
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 Dominic 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 NYSIIS		
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.					

DECLARACION JURADA DEL
DUENO

ESTADO DE NEW YORK)

)ss.

CONDADO DE _____)

Fecha: _____

A quien concierne:

Yo, _____, certifico que
(Nombre del Dueño)

_____ y
(Nombre del Padre/Tutor)

_____ residen en:
(Nombre de los Niños que buscan inscribirse)

(Dirección)

(Ciudad, Estado, Código Postal)

Firma del Dueño

Jurado ante mí el _____ día de _____, 20__

Notario Publico

DECLARACION JURADA DE TERCEROS

ESTADO DE NEW YORK)

)ss.

CONDADO DE _____)

Fecha: _____

A quien concierne:

Yo, _____, certifico
que (Firma de Terceros)

y (Nombre del Padre/Tutor)

_____ residen en:
(Nombre de los Niños que buscan inscribirse)

(Dirección)

(Ciudad, Estado, Código Postal)

Firma de Terceros

Jurado ante mí _____ el día de _____, 20

Notario Publico



www.islandharvest.org

Llámanos hoy al 516-805-1642
Call us Today at 516-805-1642

¿Qué es SNAP
What is Snap?

snap@islandharvest.org

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

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

OUR LOCATIONS

Melville NY 11747
Uniondale, NY 11533
Calverton, NY 11933
Brentwood, NY 11717