



BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT
School Health Services
THE FOX LANE CAMPUS, P.O. BOX 180
MOUNT KISCO, NEW YORK 10549
914-241-6000

Dr. Robert Glass
Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro
Medical Director

Requisitos de salud del estudiante para la entrada a la escuela

Estimado Padre / Guardián:

El personal del servicio de salud escolar les da la bienvenida a usted y a su hijo a las escuelas de Bedford Central. Nuestro principal interés es el bienestar de su hijo. Por favor revise los formularios adjuntos y hágalos completar como se especifica. Devuelva todos los formularios a la enfermera de su escuela.

CERTIFICADO DE INMUNIZACIÓN: REQUERIDO ANTES DE ASISTIR A LA ESCUELA

Las siguientes son formas aceptables:

1. El Certificado de Inmunización de BCSD incluido o cualquier formulario que enumere todas las inmunizaciones requeridas que estén firmadas por su médico o proveedor de atención médica con licencia.
2. Un registro militar de inmunización infantil u otro registro médico de salud.

Consulte el adjunto para conocer lo que se acepta como los *requisitos mínimos de vacunación* para asistir a la escuela de acuerdo con la Ley de Educación del Estado de Nueva York y la Ley de Salud Pública.

Si un estudiante tiene inmunizaciones incompletas, el padre / guardián debe mostrar una prueba aceptable de que el niño está "en proceso de recibir" las inmunizaciones requeridas.

1. Un niño debe haber recibido al menos una dosis de cada vacuna y;
2. El padre / guardián debe proporcionar la(s) fecha(s) de las citas con un proveedor de atención médica o clínica específica donde se completarán las inmunizaciones requeridas.

La escuela luego permitirá que el niño empiece y / o asista a la escuela, pero mantendrá la supervisión hasta que el proceso se haya completado o excluirá al niño si el padre / guardián falla en su cumplimiento. La ley exige que el director u otra persona a cargo de cualquier escuela se niegue a admitir a un niño en la escuela sin una prueba aceptable de las vacunas o exenciones requeridas.

EXAMEN FÍSICO: REQUERIDO ANTES DE ASISTIR A LA ESCUELA

Todos los nuevos estudiantes (incluidas las transferencias fuera del distrito / estado) deben tener un examen físico con fecha *dentro de un año del primer día de clases*. Haga que el doctor de su hijo complete el formulario **obligatorio** adjunto, firme y devuelva el examen físico a la enfermera escolar de su hijo. **TODA** la información debe completarse en el formulario de examen físico.

HISTORIAL DE SALUD: REQUERIDO ANTES DE ASISTIR A LA ESCUELA

Para mantener un archivo de salud actualizado y preciso de su hijo, complete y envíe el formulario del historial de salud con el formulario físico de la escuela a la enfermera escolar de su hijo.

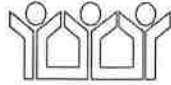
EXAMEN DENTAL: RECOMENDADO ANTES DE ASISTIR A LA ESCUELA

Haga que el dentista de su hijo complete y firme el formulario dental y lo devuelva junto con el formulario físico de su hijo.

Gracias por su cooperación en este esfuerzo por la salud. Nuestros estudiantes se benefician cuando trabajamos juntos para promover la salud y el rendimiento de todos los estudiantes. Por favor llame a la Oficina de Salud de la escuela con cualquier pregunta o preocupación.

Atentamente,

Servicios de Salud Escolar



BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT
School Health Services
THE FOX LANE CAMPUS, P.O. BOX 180
MOUNT KISCO, NEW YORK 10549
914-241-6000

Dr. Robert Glass
Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro
Medical Director

Estimado Padre / Tutor,

Estamos trabajando diligentemente para crear un ambiente seguro y saludable y esperamos dar la bienvenida a todos nuestros estudiantes a la escuela en septiembre.

El objetivo del Distrito Escolar Central de Bedford es que cada niño(a) se someta a un examen de salud todos los años. Sin embargo, la Ley de Educación del Estado de Nueva York requiere que los niños se sometan a un examen físico si ingresan a: **pre-kinder, kinder, grados 1, 3, 5, 7, 9 y 11 y todos los estudiantes recién matriculados en todos los grados.**

Las escuelas no pueden aceptar el examen de salud si no está en el formulario de examen de salud del Estado de Nueva York requerido.

Ahora es más importante que nunca mantenerse al día con las visitas médicas anuales de su hijo(a) y estar al día con sus vacunas.

El examen es válido si es dentro de los doce meses anteriores al inicio del año escolar. Cualquier examen físico realizado por un médico del estado de Nueva York a partir del 3 de septiembre de 2023 se considerará vigente.

Los formularios de examen físico y dental requeridos se publican en el sitio web de la escuela para que los imprima.

Gracias por su cooperación y no dude en contactarnos con cualquier pregunta o inquietud.

Atentamente,

Enfermera de la Escuela

**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR
IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE**

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached	
Asthma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached	
Seizures <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	Date of last seizure: <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI _____ kg/m²

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

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

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	List Other Pertinent Medical Concerns (e.g. concussion, mental health, one functioning organ)
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lead Level Required Grades Pre- K & K			Date	
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g/dL}$				

System Review and Abnormal Findings Listed Below

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code*
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached	*Required only for students with an IEP receiving Medicaid	

Name:	DOB:
-------	------

Vision & Hearing SCREENINGS - Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11

Vision (w/correction if prescribed)	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity	20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity	20/	20/		<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				<input type="checkbox"/>
Notes				

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.

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"/> No	Not Done
Notes				<input type="checkbox"/>

Scoliosis Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral	Not Done
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK

Student may participate in all activities without restrictions.

Student is restricted from participation in:

- Contact Sports:** Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.
- Limited Contact Sports:** Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.
- Non-Contact Sports:** Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.
- Other Restrictions:**

Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY 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: I II III IV V Age of First Menses (if applicable) : _____

Other Accommodations*: (e.g. Brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggle, etc.) Use additional space below to explain. *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.

MEDICATIONS

Order Form for Medication(s) Needed at School Attached

IMMUNIZATIONS

Record Attached Reported in NYSIIS

HEALTH CARE PROVIDER

Medical Provider Signature:

Provider Name: *(please print)*

Provider Address:

Phone: _____ Fax: _____

Please Return This Form To Your Child's School When Completed.



BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT
School Health Services
THE FOX LANE CAMPUS, P.O. BOX 180
MOUNT KISCO, NEW YORK 10549
914-241-6000

Dr. Robert Glass
Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro
Medical Director

New York State Required Immunizations

STUDENT'S NAME: _____ **DOB:** _____ **Grade:** _____

DPT/DTaP/DT: 5 full dates required: (unless 4th dose was received at 4 years of age or older or 3 doses if 7 years or older and the series was started at 1 year or older)

#1 _____ #2 _____ #3 _____ #4 _____ #5 _____

Tdap: 1 full date required on or after 11th birthday: _____

POLIOMYELITIS: 4 doses required (unless 3rd dose was received at 4 years of age or older)

#1 _____ #2 _____ #3 _____ #4 _____

MMR Vaccine: 2 full dates required: #1 _____ #2 _____

Mcgl Vaccine: 2 full dates required: (7th gr. & 12th gr.) or 1 dose if the dose was received at 16 years or older
) #1 _____ #2 _____

VARICELLA Vaccine: 2 full dates required: #1 _____ #2 _____

HEPATITIS A Vaccine dates: (not required but suggested)

#1 _____ #2 _____

HEPATITIS B Vaccine: 3 full dates required: (or 2 doses of Adult Hep B for children who received the doses at least 4 months apart between the ages of 11 through 15)

#1 _____ #2 _____ #3 _____

HIB Vaccine: 1 to 4 doses (required for preschool only): #1 _____

#2 _____ #3 _____ #4 _____

Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV): 1 to 4 doses (required for preschool only):

#1 _____ #2 _____ #3 _____ #4 _____

Disease History: Chicken Pox (date): _____ Lyme (date): _____

Signature of Physician: _____ **Date:** _____

Physician's Stamp: _____ **Tel No:** _____

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 1/2 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): _____

II. 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.



BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT

School Health Services

THE FOX LANE CAMPUS, P.O. BOX 180
MOUNT KISCO, NEW YORK 10549
914-241-6000

Dr. Robert Glass
Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro
Medical Director

HISTORIA MEDICA

Nombre del estudiante _____

Grado _____

Fecha de nacimiento _____

1. Historia de enfermedades serias u operaciones

2. Historia de asma o alergias

3. ¿Esta su niño recibiendo algún tratamiento medico? _____ si _____ no

Si su respuesta es "Si," explique el motivo

4. ¿Esta su niño tomando medicamento? _____ si _____ no

Si su respuesta es "Si," explique el motivo _____

5. ¿Usa gafas? _____ si _____ no

¿Lentes de contacto? _____ si _____ no

6. ¿Tiene su niño dificultades para oír? _____ si _____ no

Si su respuesta es "Si," explique el motivo _____

7. ¿Debe su niño ser restringido de actividades físicas? _____ si _____ no

Si su respuesta es "Si," explique por que

8. ¿Tiene algún problema de comportamiento, crecimiento o nutrición?

Firma del Padre o Tutor

Fecha



BEDFORD CENTRAL SCHOOL
DISTRICT
School Health Services
THE FOX LANE CAMPUS, P.O. BOX 180
MOUNT KISCO, NEW YORK 10549
914-241-6000

Dr. Robert Glass
Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro
Medical Director-

Historial de Alergias Alimentarias

Nombre del Estudiante: _____ Grado/Maestra(o): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Peso: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Nombre de Médico de Cabecera/ Alergóloga: _____

1. ¿A que es alérgico su hijo(a)?

2. ¿La alergia es táctil ingesta aerotransportada? (Marque todo lo que corresponda)

3. Marque los síntomas que su hijo ha experimentado en el pasado:

- Piel:** urticaria localizada, urticaria sistémica (todo el cuerpo), picazón, erupción, enrojecimiento, hinchazón de los ojos / cara / manos / brazos / piernas
- Boca:** picazón, hinchazón obstructiva de los labios / lengua / boca
- Abdominal:** nauseas, calambres, vómitos, diarrea
- Garganta:** picazón, opresión, ronquera, tos, dificultad para tragar
- Pulmones:** dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancias
- Corazón:** dolor u opresión en el pecho, pulso débil, mareos, confusión, palidez, pérdida de conciencia, cianosis (azulado)
- Sentimiento generalizado de pérdida / o que algo malo va a suceder.**

4. ¿Qué edad tenía su hijo cuando se descubrió la alergia? ¿Cómo se descubrió?

5. ¿Cuántas veces ha tenido su hijo una reacción leve que requirió el uso de un antihistamínico? (es decir, Benadryl) ¿Qué síntomas tenía su hijo en ese momento?

6. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción **anafiláctica (reacción grave)**? ¿Requirió el uso de una pluma de epinefrina? Si es así, ¿cuántas veces?

7. ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado o enviado a la sala de emergencias relacionado con su alergia alimentaria? En caso afirmativo, explíquelo por favor:

8. ¿Cuáles son los primeros síntomas de que su hijo tenga una reacción alérgica?



BEDFORD CENTRAL SCHOOL
DISTRICT
School Health Services
THE FOX LANE CAMPUS, P.O. BOX 180
MOUNT KISCO, NEW YORK 10549
914-241-6000

Dr. Robert Glass
Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro
Medical Director-

9. ¿Cómo comunica su hijo sus síntomas?

10. ¿Se le permite a su hijo tocar, jugar o comer con alimentos utilizados en las actividades del salón de clases que pueden haber sido procesados en las mismas instalaciones que el alérgeno que tiene su hijo? ¿Su hijo puede comer alimentos que tienen una advertencia de alergia alimentaria en el paquete?

11. ¿Necesita su hijo sentarse en una mesa libre de nueces a la hora del almuerzo? Si No

12. ¿Su hijo es asmático? Si es así, ¿alguna vez ha sido hospitalizado debido a un episodio asmático? ¿Se le ha recetado un inhalador de rescate y usan una cámara aerodinámica?

Lista de Verificación

- El Plan de acción para alergias alimentarias se proporcionó y revisó con la enfermera escolar, quien lo revisará con los maestros de primaria.
- Se han proporcionado dos bolígrafos de epinefrina junto con una receta médica a la enfermera escolar. o Si mi hijo es asmático, se le ha proporcionado a la enfermera escolar un inhalador de rescate con una cámara de aire.
- Es mi responsabilidad recoger las plumas de epinefrina de mi hijo al final del año escolar de la enfermera escolar.
- **Proporcione al maestro de su hijo una opción de comida segura (que debe mantenerse en el salón de clases) para todas las celebraciones de cumpleaños y días festivos o eventos especiales del salón de clases.**

Nombre del padre: _____ Fecha: _____

Firma del padre: _____