

East Ramapo Central School District

Central Registration

105 South Madison Avenue

Spring Valley, NY 10977

Phone 845-577-6065

Paquete de Matrícula de Nuevo Alumno

Estimados Padres/Tutores:

Favor de leer y completar este paquete y tiene que entregarlo en persona a la Oficina Central de Registración.

Debe de llenar un paquete por cada estudiante.

Gracias,

Personal de la Oficina Central de Registración

Updated 10-27-2015

INTRODUCCIÓN

Todos los niños que cumplen con los requisitos de edad y residencia establecidos por la ley del estado, tienen derecho a asistir a la escuela si son ciudadanos estadounidenses, extranjeros documentados, y los niños y jóvenes inmigrantes indocumentados.

LISTA DE REQUISITOS PARA REGISTRACIÓN

La inscripción inicial del niño será vigente el día de clases después de que se hizo la solicitud de inscripción, o tan pronto como sea posible. Sin embargo, si el Distrito es capaz de determinar por medio de la documentación aportada en el día de la solicitud inicial que el estudiante no reside en el distrito, el niño no será inscrito. A raíz de la solicitud de inscripción, usted tendrá 3 días para presentar la prueba de la custodia, residencia y edad del estudiante, utilizando los tipos de documentos que figuran a continuación. Si usted no presenta los documentos necesarios, a su hijo no se le otorgará la inscripción final en el Distrito.

Prueba de edad - debe ser una copia certificada

- Transcripción certificada de nacimiento, incluyendo el certificado de nacimiento en el extranjero (con el sello); o
- Certificado Religioso (Bautismal o Certificado de Circuncisión).

Si ninguno de los anteriores están disponibles:

- Pasaporte (incluyendo pasaporte extranjero) que muestre la fecha de nacimiento del menor.

Si ninguna de la documentación antes indicada se encuentra disponible, la siguiente será considerada:

- Residente Permanente / Tarjeta de Residencia;
- Licencia de conducir oficial;
- Identificación del Estado u otra Identificación emitida por el gobierno;
- Identificación Escolar con foto que tenga la fecha de nacimiento;
- Tarjeta de identificación del Consulado;
- Los registros hospitalarios o de salud (en la ciudad de Nueva York, registros de nacimiento del hospital);
- Tarjeta militar de identificación de dependiente;
- Documentos expedidos por las agencias federales, estatales o locales;
- Ordenes judiciales o documentos emitidos por la corte;
- Documento tribal del nativo americano;
- Registro (s) de las agencias de ayuda internacional sin fines de lucro y agencias voluntarias (VOLAGS).

Aparte de los certificados de nacimiento, certificados de religiosos y pasaportes, la documentación de la edad debe haber estado en existencia dos años o más.

Prueba de Inmunización - Usted tiene treinta (30) días para presentar a la enfermera de la escuela el mes, día y año en el que las inmunizaciones del estado de Nueva York fueron administradas. Esta tiene que estar firmada por un médico o una clínica. Si no se obtiene la documentación de la inmunización en o antes -de este período, el estudiante puede ser excluido de la escuela hasta que se obtenga la documentación de inmunización.

Prueba de Identificación de los padres - El padre/tutor/persona en relación paternal DEBE estar presente en el momento de la inscripción y presentar una identificación válida, tales como:

- Licencia de conducir;
- Identificación oficial con foto;
- DSS-299.

Prueba de Residencia - Usted debe proporcionar por lo menos una forma de prueba de residencia de la lista A o B. Además, proporcionar al menos otro documento de la lista C, a continuación.

A. Propietario / Propietario de Condominio

- Declaración de hipoteca
- Escritura; o
- Documentos de Cierre

B. Arrendatario / Inquilino

- Contrato de Arrendamiento
- Declaración jurada o declaración no jurada por el propietario
- Declaración jurada o declaración no jurada por el propietario o el inquilino de la que el padre u otro miembro de la familia esta arrendando o comparte la propiedad
- Declaración por cualquier otra parte que establezca que el padre (s) ' / o otro miembro de la familia de los padres residen físicamente en el Distrito.

C. Otra Documentación de Residencia

Además de proporcionar al menos un elemento de la lista A o B que aparece arriba, favor de proporcionar al menos un documento adicional que demuestre la residencia si está disponible. A continuación se muestra una lista de ejemplos de la documentación que se puede utilizar. Tenga en cuenta que esta lista sólo pretende proporcionar ejemplos de documentación, que pueda ser de interés para las determinaciones de residencia. El Distrito considerará otro tipo de documentación. La siguiente lista no pretende ser exhaustiva, ni tampoco es una lista de la documentación requerida.

- Talón de pago
- Formulario de impuesto sobre el ingreso;
- Utilidades (ejemplo: factura eléctrica/gas o aceite de Orange y Rockland);
- Otras facturas (como la factura del agua (por ejemplo, United Water), factura de teléfono de su casa (por ejemplo, Verizon, Optimum, etc), TV por cable / factura de TV digital (por ejemplo, Cablevisión, Direct TV, etc.) o una factura del proveedor de servicios de Internet (por ejemplo, Verizon, AOL, etc.);
- Documentos de membresía (por ejemplo, tarjetas de la biblioteca) en base a la residencia;
- Documento de registro de votantes (s);
- Licencia de conducir oficial, permiso de aprendiz o de identificación de no conductor;
- Identificación emitida por el Estado u otra rama del gobierno;
- Los documentos expedidos por autoridades federales, estatales o locales (por ejemplo, una agencia de servicio social local, la Oficina Federal de Relocalización de Refugiados); o
- Evidencia de la custodia del niño, incluyendo pero no limitado a las órdenes de custodia judicial o papeles de tutela.

Tenga en cuenta: El distrito será flexible en la consideración de los diferentes tipos de documentación de residencia. Cualquier documentación que usted presente será considerada. Sin embargo, el Distrito ha encontrado los siguientes tipos de documentos como prueba menos confiable de residencia: chequeras; estados de cuenta bancarios; estados de cuenta de tarjetas de crédito; estados de cuenta de seguro de automóvil; facturas de teléfono celular; factura de préstamos de automóviles o facturas de préstamos (distintos de los préstamos hipotecarios).

D. Prueba de Relación Familiar/Custodia

• Una declaración jurada del padre (s) o persona (s) en relación con los padres, indicando:

(1) que son el padre (s) con quien el niño reside legalmente; o

(2) que son la persona (s) en relación con los padres del niño, sobre los que tienen la custodia y el control total y permanente, y deben de describir la forma en que obtuvieron la custodia y el control total y permanente, ya sea a través de la tutela o de otra manera

• Documentación que indique que el niño vive con uno de los patrocinadores con los que el niño ha sido colocado por una agencia Federal;

• Documento de tutela o custodia, orden firmada por un juez o funcionario de la corte (No se requiere esta documentación específicamente, pero esta se puede utilizar como una manera de comprobar su relación con los padres).

Documentos adicionales

Favor de traer los registros, transcripciones, u otros documentos pertinentes referentes a la educación de su hijo de la escuela anterior, ya que nos ayudarán en la colocación de su hijo en el grado y la clase apropiada.

**Distrito Escolar East Ramapo Central
Formulario de Nueva Matricula**

INFORMACIÓN DEL HOGAR DEL ESTUDIANTE

Apellidos _____ Fecha _____
Dirección _____ Apartamento _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

*Dirección postal, si es diferente _____

Numero de Teléfono del hogar _____

Prueba de Residencia:

Contrato de alquiler Hipoteca Declaración jurada de residencia Otros Documentos

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de nacimiento _____ Genero: Femenino Masculino
(Mes/Día/Año)

Raza: Indio Americano / Nativos de Alaska Asiático Afro Americano / Negro Islas del Pacífico Blanco
 Otro _____

Prueba de Edad: Certificado de Nacimiento Certificado Bautismal u otro certificado religioso
(Certificado de Circuncisión), incluyendo una transcripción certificada de un acta de nacimiento
extranjera o registro de bautismo Pasaporte, incluyendo pasaporte extranjero Otra Documentación

Experiencia Pre-K: Universal Pre-K Escuela/Proveedor Privado Ninguno

¿Ha asistido el estudiante alguna escuela en el distrito? Si No

En caso afirmativo, ¿a qué escuela? _____

Tiene su hijo un I.E.P actual (Programa de Educación Especial Individualizada) Si No

Información de la Escuela anterior:

Nombre de la escuela: _____

Dirección: _____

Grado escolar: _____ Tarjeta de Calificación/ transcripción adjunta: Si No

INFORMACION DE MADRE / TUTOR

Nombre _____ Genero: Femenino Masculino
(Apellido) (Nombre)

Parentesco con el estudiante _____

1. Teléfono _____ Tipo de Teléfono: Celular Trabajo

2. Teléfono _____ Tipo de Teléfono: Celular Trabajo

Correo electrónico _____

¿Vive en el hogar? Si No

Si No vive en el mismo hogar que el estudiante por favor de proveer la dirección.

Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACION DE PADRE / TUTOR

Nombre _____ Genero: Femenino Masculino
(Apellido) (Nombre)

Parentesco con el estudiante _____

1. Teléfono _____ Tipo de Teléfono: Celular Trabajo

2. Teléfono _____ Tipo de Teléfono: Celular Trabajo

Correo electrónico _____

¿Vive en el hogar? Si No

Si No vive en el mismo hogar que el estudiante por favor de proveer la dirección.

Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

**** El correo electrónico se utilizará como otra forma de contacto y correspondencia**

INFORMACIÓN DE CONTACTIO DE EMERGENCIA

1. Nombre _____ Genero: Femenino Masculino

Parentesco con el estudiante _____

Teléfono _____ Tipo de Teléfono: Celular Hogar Trabajo

2. Nombre _____ Genero: Femenino Masculino

Parentesco con el estudiante _____

Teléfono _____ Tipo de Teléfono: Celular Hogar Trabajo



Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire - HLQ)

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

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

HOME LANGUAGE CODE

Conocimientos de idiomas

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

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<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"/> Padre 1	<input type="checkbox"/> Padre 2	_____	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	_____	<input type="checkbox"/> No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe escribir

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____
9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.
 Sí* No No se sabe
 * 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 (Individualized Education Program - IEP)? No Sí
11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

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

 Firma de un padre o de la persona en relación paternal

 Mes: Día: Año:
 Fecha

Relación con el estudiante: Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

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

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

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: 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 ESCOLAR EAST RAMAPO CENTRAL

HISTORIAL DE SALUD DE NUEVOS ALUMNOS

**Informe de Salud para Participar en la Educación Física
Basada en el Artículo 903 y 3204 de las Leyes de Educación**

Favor de proveer la siguiente información en lo que recibimos la historia médica completa y el formulario del examen físico de su proveedor de cuidado de la salud.

_____ Apellido / Nombre del Estudiante Fecha de Nacimiento Grado / Clase

1. ¿Su niño tiene un historial de lo siguiente?
- | | | |
|-------------------------|-------------|--|
| Alergias | Si___ No___ | Favor de explicar, si contestó que sí, |
| Convulsiones | Si___ No___ | _____ |
| Problemas de visión | Si___ No___ | _____ |
| Problemas de Audición | Si___ No___ | _____ |
| Déficit Motor | Si___ No___ | _____ |
| Alguna Enfermedad seria | Si___ No___ | _____ |

2. ¿Su niño/a ha padecido de una de las siguientes?
- | | | |
|--------------------|-------------|--|
| Enfermedad seria | Si___ No___ | Favor de explicar, si contestó que sí: |
| Herida seria | Si___ No___ | _____ |
| Cirugía | Si___ No___ | _____ |
| Fractura de huesos | Si___ No___ | _____ |

3. Favor de marcar si su niño/a tiene un historial de cualquiera de los siguientes:
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> VARICELA | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> TOZ PERSISTENTE | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS |
| <input type="checkbox"/> ANORMALIDAD DEL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> SOBREPESO | <input type="checkbox"/> PPD POSITIVO |
| <input type="checkbox"/> ALTA PRESION | <input type="checkbox"/> HEPATITIS A | <input type="checkbox"/> ESCOLIOSIS |
| <input type="checkbox"/> INFECCIONES DE OIDO FRECUENTES | | <input type="checkbox"/> HIPERLIPIDEMIA |

EXPLIQUE POR FAVOR: _____

4. ¿Su niño/a está actualmente o estuvo durante el año pasado bajo tratamiento médico?
Si___ No___ Favor de explicar, si contesto que si _____

5. Fecha del examen físico mas reciente: _____ Nombre del Doctor _____

6. ¿Su niño/a toma medicamentos regularmente? Lista del medicamento, dosis y la frecuencia:

7. ¿Tiene otra información médica que nosotros debamos de saber? _____

Nombre de la persona que llenó este formulario

Firma

Parentesco con el estudiante

Fecha

**DISTRITO ESCOLAR EAST RAMAPO CENTRAL
OFICINA DE SERVICIOS DE ESTUDIANTES ESPECIALES
105 S. Madison Avenue. Spring Valley, NY 10977
Teléfono (845) 577-6040
Fax: (845) 577-6059**

VERIFICACIÓN DE INMUNIZACIÓN

ESCUELA _____

FECHA _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

FECHA DE VENCIMIENTO _____

El personal del registro central ha revisado la prueba de los registros de vacunación de su hijo. La enfermera de la escuela completará la revisión final para confirmar que la información es válida y completa. Se le notificará al Director de la escuela en relación con el estado de la prueba del registro de vacunación.

Su hijo está matriculado en el Distrito Escolar de East Central Ramapo bajo una **ADMISIÓN TEMPORAL DE 30 DÍAS**. ESTO LE DARÁ TIEMPO SUFICIENTE PARA COMPLETAR LA REVISIÓN FINAL Y COMPROBAR QUE LA INFORMACIÓN DE LA INMUNIZACIÓN ES LA CORRECTA. La enfermera escolar se comunicará con usted con respecto a la necesidad de más documentación. **Si se solicita más documentación, debe ser entregada en o antes de la fecha de vencimiento que aparece arriba. Si no se proporciona dicha información, el director se verá en la obligación de excluir a su hijo de la escuela.**

He leído la declaración anterior y he recibido una copia.

Firma del Padre/ Tutor

Nombre del Padre/Tutor (letra Impresa)

Fecha de Firma y Recibo

Personal de Registración Central

PRUEBA DE INMUNIZACIÓN: ADJUNTO

NO ADJUNTO

EAST RAMAPO CENTRAL SCHOOL DISTRICT

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: East Ramapo Central School District

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre
 Mujer

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

Grado: ____
(jardín de infantes - 12)

ID#: ____
(opcional)

Dirección: _____

Teléfono: _____

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

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

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

En un hogar permanente

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

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

Fecha

SECRETARY caja que no sea en un hogar permanente y si una caja no se requiere en prueba de domicilio y otros documentos necesarios para inscripción y el cumplimiento de la matrícula de inscripción. Después de haber verificado la matrícula, el distrito o la escuela debe pedir los documentos escolares, incluyendo los documentos de inmunización al distrito o la escuela con el consentimiento del distrito o la escuela. El estudiante recibirá cualquier otro documento necesario de inmunización.

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

Si se aplicable

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA / DECLARACIÓN JURADA

Aviso: El arrendador / propietario y el inquilino /residentes pueden, pero no están obligados a, tener este documento notariado.

ESTADO DE NUEVA YORK
CONDADO DE ROCKLAND
CIUDAD DE RAMAPO

Yo _____ declaro que _____

(Nombre del dueño/ arrendador / propietario)

(Nombre de madre, padre, o tutor)

Y el estudiante, _____ Fecha de Nacimiento: _____

_____ Fecha de Nacimiento: _____

_____ Fecha de Nacimiento: _____

_____ Fecha de Nacimiento: _____

_____ Fecha de Nacimiento: _____

Han establecido su residencia conmigo en:

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: Nueva York Código Postal: _____

Declaro que mi casa es la residencia real, única y legal de la familia mencionada.

Firma del Dueño/ Propietario/ arrendador

Firma del inquilino (madre/padre o tutor)

Jurada ante mi hoy
Día _____ de _____, 20____

Jurada ante mi hoy
Día _____ de _____, 20____

(NOTARIO)

(NOTARIO)

* Si notariado, el firmante entiende que el hacer una declaración falsa con respecto a la residencia real, actual y legal de los arreglos de domicilio de la familia, tal como se describe en la declaración anterior, es una violación de la Sección 210.35 de la Ley Penal del Estado de Nueva York, que es un delito menor de clase, y puede ser castigado con una multa de mil dólares y/o un año de prisión. Se le permite al Distrito evaluar la credibilidad de una declaración jurada a diferencia de una declaración no jurada.

Arrendador/Propietario: Adjunte una copia de uno de los siguientes documentos junto con este formulario.

El nombre debe coincidir con el arrendador/propietario o residente en uno de los documentos que se enumeran a continuación:

- Alquiler/ contrato de la casa o apartamento
- Papeles de la hipoteca/escritura de la casa
- Factura telefónica actual
- Proyecto de ley actual de Orange y Rockland
- Factura de agua actual
- Factura actual de cable/cable digital
- Factura actual del proveedor de servicios de Internet

Si es aplicable

DECLARACIÓN DE TERCERA PERSONA SOBRE LA RESIDENCIA

Yo, _____ con domicilio en _____,
(Nombre) (Dirección)

presento esta declaración de residencia al Distrito Escolar de East Ramapo Central para verificar personalmente que _____

(Nombre (s) del padre (s) / tutor (s))

y sus hijos _____

(Nombre (s) del/los niño (s))

residen en _____

(Dirección)

Han residido en esta dirección desde _____

(Fecha)

Personalmente, estoy familiarizado con su residencia actual porque

(Explicación de cómo sabes donde reside la familia) _____

Entiendo que este documento será presentado al Distrito Escolar East Ramapo Central y que se va a utilizar para ayudar a determinar si el/los niño/s arriba mencionado (s) es / tienen derecho legal a asistir a la escuela como estudiante residente (s).

Firma

Fecha

Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP)/Disposición 2 en año no básico Formulario de elegibilidad para ingresos de vivienda

East Ramapo Central School District participa en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (por sus siglas en inglés, "CEP") o Disposición 2 en un año no básico. Todos los niños de la escuela recibirán comidas y leche sin costo, sin importar los ingresos de su hogar o si llenaron este formulario. Este formulario tiene la finalidad de determinar la elegibilidad para beneficios adicionales de programas estatales y federales que sus hijos podrían recibir. Lea las instrucciones al reverso, llene **solamente** un formulario por hogar, firmelo y entréguelo a la escuela arriba mencionada. Llame al 845-577-6582, si necesita ayuda.

1. Escriba los nombres de todos los niños de su hogar que asisten a la escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Maestro	Hijo de acogida	Sin ingresos

2. Beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, escriba su nombre y número de CASO aquí. Vaya a la parte 5 y firme la solicitud.

Nombre: _____ N.º de caso: _____

3. Ingresos brutos del hogar. Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar, cuáles su sueldo y con qué frecuencia lo reciben (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual). No deje el ingreso en blanco. Si no tiene ingresos, marque la casilla correspondiente. Si mencionó a un hijo de acogida antes, debe incluir sus ingresos personales.

Nombre del miembro del hogar	Ingresos del trabajo antes de deducciones		Mantenimiento de menores: pensión por divorcio		Pensiones, pagos por jubilación		Otros ingresos, Seguro Social	
	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/

4. Firma. Un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es veraz y que se han incluido todos los ingresos. Entiendo que la información se proporciona con el fin de que la escuela pueda recibir fondos federales. Los funcionarios escolares pueden verificar la información, y en caso de que haya proporcionado información falsa de manera deliberada puedo ser procesado de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, y mi hijo puede perder los beneficios de comidas.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de residencia _____

Teléfono de trabajo _____

Domicilio _____

Ingresos del hogar: Ingresos totales del hogar/Frecuencia: _____ / _____ Tamaño del hogar: _____
 Elegibilidad gratuita Elegibilidad reducida Elegibilidad denegada

Firma del funcionario que revisa: _____

NO ESCRIBA EN ESTE CUADRO - SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA

Conversión de los ingresos anuales (convierta solamente cuando se informen frecuencias de ingresos distintas en la solicitud) Semanal X 52; Cada dos semanas (catorcenal) X 26; Dos veces al mes X 24; Mensual X 12
 SNAP/TANF/Acogida

INSTRUCCIONES del formulario de ingresos del hogar para CEPI/Disposición 2 en año no básico

PARTE 1

TODOS LOS HOGARES DEBEN LLENAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UN FORMULARIO PARA SU HOGAR.

- (1) Escriba en un solo formulario y con letra de molde los nombres de los niños para los que presenta la solicitud, incluyendo a los hijos de acogida.
- (2) Escriba sus grados y escuelas.
- (3) Marque la casilla para indicar a un hijo de acogida que vive en su hogar, y marque la casilla para cada hijo sin ingresos.

PARTE 2

LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDPIR DEBEN LLENAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.

- (1) Escriba el número de caso vigente de SNAP (siglas en inglés del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria), TANF (siglas en inglés de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o FDPIR (siglas en inglés del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias) de todas las personas que viven en su hogar. No use el número de 16 dígitos que aparece en su tarjeta de beneficios. El número de caso se encuentra en su carta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la PARTE 4 del formulario. OMITA LA PARTE 3 - No escriba los nombres ni los ingresos de los miembros del hogar si incluyó algún número de SNAP, TANF o FDPIR.

PARTES 3 Y 4 TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN LLENAR EN SU TOTALIDAD LAS PARTES 3 Y 4.

- (1) Escriba los nombres de todos los miembros de su hogar, reciban o no ingresos. Inclúyase a usted mismo, a los hijos por los que llena la solicitud, a todos sus demás hijos, a su cónyuge, a los abuelos y a las demás personas, con o sin parentesco, que viven en su hogar. Use otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba el monto de los ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de impuestos y de cualquier deducción, e indique de dónde proviene, como ingresos, beneficencia, pensiones u otros ingresos. Si los ingresos actuales fueron mayores o menores de lo usual, escriba los ingresos usuales de la persona. **Especifique con cuánta frecuencia recibe este monto de ingresos; semanal, cada dos semanas (catorcenal), 2 veces al mes, mensual. Si no tiene ingresos, marque la casilla correspondiente.** El valor del cuidado de niños provisto u organizado, así como cualquier monto recibido como pago por dicho cuidado de niños y reembolso por costos incurridos debido a dicho cuidado de acuerdo con el Subsidio en Bloque para Cuidado y Desarrollo de Niños, TANF y Programas de Cuidado de Menores en Situación de Riesgo, no debe considerarse como ingreso para efectos de este programa.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de seas americano, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA (http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Complain_combined_6_8_12.pdf), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compilant_6_8_12_0.pdf, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410.

(2) fax (202) 690-7442. o

(3) correo electrónico program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

EAST RAMAPO CSD HEALTH APPRAISAL FORM

Name: _____ Date of Birth: _____

School: _____ Gender: M F Grade: _____

IMMUNIZATIONS / HEALTH HISTORY

- Immunization record attached
 No immunizations given today
 Immunizations given since last Health Appraisal:
- Sickle Cell Screen: Positive Negative Not done Date: _____
 PPD: Positive Negative Not done Date: _____
 Elevated Lead: Yes No Not done Date: _____
 Dental Referral Yes No Not done Date: _____

Significant Medical/Surgical History: See attached _____

Allergies: LIFE THREATENING Food: _____ Insect: _____ Other: _____
 Seasonal Medication: _____

PHYSICAL EXAM

Height: _____ Weight: _____ Blood Pressure: _____ U/A _____ Date of Exam: _____

Body Mass Index: _____	Referral																
Weight Status Category (BMI Percentile):																	
<input type="checkbox"/> less than 5 th <input type="checkbox"/> 5 th through 49 th <input type="checkbox"/> 50 th through 84 th	<table border="1"> <tr> <td>Vision - without glasses/contact lenses</td> <td>R</td> <td>L</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vision - with glasses/contact lenses</td> <td>R</td> <td>L</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vision - Near Point</td> <td>R</td> <td>L</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hearing <input type="checkbox"/> Pass 20 db sc both ears or:</td> <td>R</td> <td>L</td> <td></td> </tr> </table>	Vision - without glasses/contact lenses	R	L		Vision - with glasses/contact lenses	R	L		Vision - Near Point	R	L		Hearing <input type="checkbox"/> Pass 20 db sc both ears or:	R	L	
Vision - without glasses/contact lenses	R	L															
Vision - with glasses/contact lenses	R	L															
Vision - Near Point	R	L															
Hearing <input type="checkbox"/> Pass 20 db sc both ears or:	R	L															
<input type="checkbox"/> 85 th through 94 th <input type="checkbox"/> 95 th through 98 th <input type="checkbox"/> 99 th and higher																	

EXAM ENTIRELY NORMAL Tanner: I. II. III. IV. V. Scoliosis: Negative Positive: _____

Specify any abnormality (use reverse of form if needed): _____

MEDICATIONS

Medications (list all): None Additional medications listed on reverse of form

Name: _____ Dosage/Time: _____

Name: _____ Dosage/Time: _____

If AM dose is missed at home: _____

I assess this student to be self-directed Yes No Student may self carry and self administer medication Yes No

Note: Nurse will also assess self-direction for the school setting. Please advise parent to send in additional medication in the event that emergency sheltering is necessary at school or if the morning medication has not been given.

PHYSICAL EDUCATION / SPORTS / PLAYGROUND / WORK QUALIFICATION / CSE CONSIDERATION

- Free from contagions & physically qualified for all physical education, sports, playground, work & school activities OR only as checked:
 ___ Contact: Football and Ice Hockey
 ___ Limited contact: wrestling, gymnastics, baseball, softball, diving, basketball, soccer.
 ___ Non-contact: bowling, golf, swimming, tennis, track and field, cross country, cheerleading, volleyball.

Specify medical accommodations needed for school: _____ None

Known or suspected disability: _____ Please monitor

Restrictions: _____ Please monitor

Protective equipment required: Athletic Cup Sport goggles/impact resistant eyewear Other: _____

OPTIONAL INFORMATION, if known

Specify current diseases: Asthma Diabetes: Type 1 Type 2 Hyperlipidemia Hypertension
 Other: _____

Provider's Signature: _____ Phone: _____ (Stamp below)

Provider's Name/Address: _____ Fax: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

**DISTRITO ESCOLAR EAST RAMAPO CENTRAL
OFICINA DE SERVICIOS DE ESTUDIANTES ESPECIALES
105 S. Madison Avenue. Spring Valley, NY 10977
Teléfono (845) 577-6040
Fax: (845) 577-6059**

Estimado Padre:

El 1ro de septiembre del 2008, el Departamento de Educación del Estado de New York modificó la Ley de Educación 903 en relación con el cuidado dental de los estudiantes. Se requiere que nuestro distrito escolar solicite un certificado de salud dental a todos los nuevos estudiantes, así como a los estudiantes que ingresan al jardín de infantes, segundo, cuarto, séptimo y décimo grado.

Favor de pedirle a su dentista que complete la sección que aparece abajo y devuelva esta sección completada a la enfermera de la escuela.

Gracias por su cooperación.
Atentamente,

Christine Healy, RN, MSN

Coordinadora de Servicios de Salud

CERTIFICADO DE SALUD DENTAL

_____, recibió un examen dental el _____
Nombre del estudiante Fecha

Por _____
Nombre del Dentista

**DISTRITO ESCOLAR EAST RAMAPO CENTRAL
OFICINA DE SERVICIOS DE ESTUDIANTES ESPECIALES
105 S. Madison Avenue. Spring Valley, NY 10977
Teléfono (845) 577-6040
Fax: (845) 577-6059**

Estimado Padre / Tutor

El Departamento de Educación del Estado de New York exige que todos los nuevos estudiantes y los estudiantes en el Jardín Infantil, 2do, 4to, 7mo y 10mo grado, tengan un examen físico completo por un profesional de la salud. Un formulario de examen físico está adjunto a esta carta. Si usted prefiere que su niño/a sea examinado por un médico privado, es imperativo que después de ese examen usted traiga el formulario del examen físico completo a la enfermera de la escuela en o antes del 1ero de octubre.

Si la enfermera de la escuela no recibe el formulario lleno del examen físico en la fecha indicada, entonces, se programará una cita para su hijo/a para ser examinado por el médico del distrito escolar. El examen de salud física de la escuela incluye una evaluación de los oídos, la boca, el corazón, los pulmones, la columna vertebral, y para los estudiantes varones, los genitales. Los estudiantes también serán evaluados según el estudio de Tanner de la pubertad.

Por favor llame a la enfermera de la escuela que se indica a continuación con cualquier pregunta o preocupación. Gracias por su atención a este asunto.

Atentamente,

**Christine Healy, RN, MSN
Coordinadora de Servicios de Salud**

Enfermera de la Escuela

Número de Teléfono

Año escolar 2023-2024

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

NOTAS:

Todos los niños deben estar vacunados según su edad para asistir a la escuela en el estado de Nueva York. 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 Calendario de Vacunación de Niños y Adolescentes Recomendado por el ACIP. Las dosis aplicadas antes de la edad mínima o de los intervalos mínimos no son válidas y no se tienen en cuenta al calcular la cantidad de dosis que se mencionan abajo. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir los requisitos de vacunación de los grados para los que son equivalentes en edad.

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

Vacunas	Prekindergarten (guardería infantil, programa Head Start, guardería o pre-K)	Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º, 4.º y 5.º grado	6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado	12.º grado
Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)²	4 dosis	5 dosis o 4 dosis si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o 3 dosis si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año		3 dosis
Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes³		No corresponde		1 dosis
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)⁴	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)⁵	1 dosis		2 dosis	
Vacuna contra la hepatitis B⁶	3 dosis	3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad		
Vacuna contra la varicela⁷	1 dosis		2 dosis	
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)⁸		No corresponde	7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado: 1 dosis	2 dosis o 1 dosis si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus Influenzae tipo B (Hib)⁹	1 a 4 dosis			No corresponde
Vacuna neumocócica conjugada (PCV)¹⁰	1 a 4 dosis			No corresponde

1. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra el sarampión, las paperas o la rubéola o una confirmación de laboratorio de dichas enfermedades son pruebas aceptables de la inmunidad ante estas. Las pruebas serológicas para la poliomielitis son una prueba aceptable de la inmunidad solo si la prueba se hizo antes del 1 de septiembre de 2019 y los tres serotipos dieron positivo. Un análisis de sangre con resultado positivo para el anticuerpo de superficie contra la hepatitis B es una prueba aceptable de la inmunidad ante la hepatitis B. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra la varicela, una confirmación de laboratorio de varicela o el diagnóstico de un médico, un asistente médico o un enfermero de práctica avanzada de que un niño tuvo varicela son pruebas aceptables de la inmunidad ante la varicela.
2. Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y tos ferina acelular (DTaP). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de 5 dosis de la vacuna DTaP a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 15 y 18 meses de edad, y a los 4 años de edad o más. La cuarta dosis puede aplicarse a partir de los 12 meses de edad, siempre que hayan transcurrido por lo menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario que se repita la cuarta dosis de DTaP si se aplicó al menos 4 meses después de la tercera dosis de DTaP. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
 - b. Si la cuarta dosis de DTaP se aplicó a los 4 años de edad o más, y al menos 6 meses después de la tercera dosis, no se requiere la quinta dosis (de refuerzo) de la vacuna DTaP.
 - c. 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 a 9.º grado: 10 años; edad mínima para 10.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 2023-2024, 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 a 9.º; sin embargo, las dosis de Tdap aplicadas a los 7 años o más cumplirán el requisito para los estudiantes en los grados 10.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 a 10.º grado: 10 años; edad mínima para 11.º y 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.
 - f. Para más información, consulte la Guía de actualización para niños sanos de 4 meses a 4 años de los CDC.
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 más información, consulte la Guía de actualización para niños sanos de 4 meses a 4 años de los CDC.

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