

noviembre de 2022

Estimados Padres:

Los niños que cumplen cinco años antes e inclusive el 1° de diciembre de 2023 cumplen los requisitos para comenzar kindergarten en Pequenaconck (PQ, por sus siglas en inglés) en septiembre de 2023. Este año, la inscripción será con cita previa. El propósito de inscribir en esta época del año es ayudar a localizar a todos los niños de nuestro distrito que pueden asistir al kindergarten en el otoño. Esto apoya nuestra recomendación de presupuesto para el número de clases de kindergarten. También comienza el proceso de su introducción a la primaria de Pequenaconck. Que inscriban a su hijo/a no lo obliga a que asista.

Para inscribir a su hijo/a:

Este año, la inscripción será con cita previa. La inscripción se llevará a cabo en PQ del 6 de diciembre de 2021 hasta el 10 de diciembre de 2021 de las 3:30 de la tarde hasta las 6:30 de la tarde en PQ. Llama a Jean Jerussi al 914-669-5317 ext 3056 para hacer una cita. Las citas comenzarán a las 3:30 y la última cita será a las 6:00. Le pedimos que llene el paquete de información adjunto que también se puede encontrar en nuestro sitio web (<https://www.northsalemschools.org/studentregistration>). Traiga su paquete de inscripción y todos los documentos necesarios para su cita de inscripción.

Su contacto escolar para la inscripción en kindergarten es Jean Jerussi al 914-669-5317 ext. 3056. Aquí, la dirección de correo electrónico es jjerussi@northsalemschools.org. Ella está disponible para responder preguntas y ayudarlo/a durante el proceso.

Los padres deben incluir todo lo siguiente para poder inscribirse; el **paquete para su hijo/a se considerará incompleto** si alguno de estos está incompleto:

- a. **una copia** del certificado de nacimiento original u otra prueba de nacimiento (pasaporte, certificado de bautismo);
- b. registro **actualizado** de las vacunas, firmado por el proveedor de salud de su hijo/a;
- c. **copia de identificación con foto** del padre o madre que inscribe al alumno o alumna (licencia de conducir con domicilio en el distrito, etc.);
- d. **copia de un comprobante de residencia** del padre o madre (escritura, factura de impuestos o extracto de la hipoteca con la dirección de la propiedad. Si se alquila, contrato de arrendamiento/ alquiler con comprobante de propiedad del propietario de la propiedad);

Todas las familias, nuevas y existentes, deben mostrar prueba de residencia:

- e. copia de una prueba de tutela, si aplica:

Los niños que empiezan el kindergarten están obligados a dar prueba de haber recibido las siguientes vacunas antes del comienzo de las clases:

- 4-5 dosis de vacuna contra la difteria y contra el tétano que contenga toxoide y contra la tos ferina (se debe dar una dosis después de los 4 años de edad)
- 3-5 dosis de vacuna contra la poliomielitis; (se debe dar una dosis después de los 4 años de edad)
- 2 dosis contra sarampión/paperas/rubéola-MMR;
- 3 dosis de vacuna contra la Hepatitis B;
- 2 dosis de la vacuna contra la varicela;

La enfermera de nuestra escuela revisará la documentación de inmunización obligatoria y de los servicios de salud. Si la inmunización de su hijo/a no está completa al momento de la inscripción, lo/la inscribiremos igual, pero exigimos que los registros de vacunas estén al día antes de empezar la escuela en septiembre. Si su hijo/a no está vacunado/a o no se han entregado los documentos pertinentes a la enfermera, no podrá comenzar la escuela. Si su hijo/a no está al día con las vacunas para el 14° día calendario de escuela, no será matriculado. También se requiere un examen físico y debe estar fechado después del 7 de septiembre de 2021. Los formularios de los exámenes físicos deben ser recibidos por la Oficina de Salud dentro de los 30 días posteriores al inicio de clases.

Si no están seguros de la preparación de su hijo/a para el kindergarten:

A veces, a esta altura del año a los padres les preocupa si sus hijos están “preparados” o no para asistir a la escuela. Si su hijo/a asiste a un preescolar o guardería, por favor consulte con la persona que lo/la conoce. Si duda de que su hijo/a esté preparado/a y le gustaría hablar con nosotros en la escuela antes de la evaluación de kindergarten, por favor llámeme al 914-669-5317 ext. 3041. Por favor haga planes para registrar a su hijo/a, pero díganos si no está seguro/a. También le recomendamos que inscriba a su hijo/a en preescolar así tendrá un lugar si no asiste al kindergarten.

¡Esperamos encontrarnos con ustedes en PequenaKonck! Una vez inscriptos, voy a escribirles acerca de nuestros planes para la primavera. Son la evaluación de alumnos de kindergarten en abril / mayo y nuestra visita de alumnos de kindergarten / orientación para padres en junio - ¡con viaje en autobús y todo! La mayor parte de nuestra comunicación es por correo electrónico. No olviden enviar a Jean Jerussi su dirección de correo electrónico. Si tienen alguna pregunta o inquietud ahora o más tarde, no duden en llamar.

Atentamente,



Roy Martin,
Directora

RM/jmj



230 June Road · North Salem, New York 10560
(914) 669-5414 · Fax: (914) 669-8753
<http://www.northsalemschools.org>

Kenneth R. Freeston, Ed.D.
Superintendent of Schools

Adam VanDerStuyf, Ed.D.
Assistant Superintendent
of Pupil Personnel Services

Estimados Padres/Tutores:

Bienvenidos al distrito escolar central de North Salem. Conforme a la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades y la Ley de Educación del Estado de Nueva York, le escribo para hacerle saber que el padre, la madre o la persona en relación parental de un alumno/a puede referir dicho alumno/a al Comité de Educación Especial del Distrito para una evaluación que determine su elegibilidad para los programas y servicios de educación especial. Por favor, sepa que el Departamento de Personal del Alumnado está aquí para apoyar lo a usted y su hijo/a si él o ella tiene o se sospecha que tiene, una discapacidad educativa.

A continuación, se muestra un enlace a la “*Guía para padres sobre la educación especial*” (“*A Parent's Guide to Special EdHC6ltfOn*”) en inglés y español del Departamento de Educación del Estado de Nueva York. La guía para padres da una visión general de los derechos de los padres con respecto a la recomendación y la evaluación de sus hijos para los propósitos de servicios o programas de educación especial cuando se inscribe a un alumno o alumna en la escuela pública.

<http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentguide.htm>
<http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/spanishparentguide.htm>

Además, puede comunicarse con la oficina del Director de Servicios al Alumnado, Adam VanDerStuyf, al (914) 669 a 5414 ext. 1016 para hacer una remisión al Comité de Educación Especial, para obtener una copia de la Guía para padres o para obtener más información sobre el proceso de remisión.

Atentamente,

Adam VanDerStuyf

Adam VanDerStuyf
Assistant Superintendent of PPS

DOCUMENTOS ALTERNATIVOS ACEPTABLES
PARA INSCRIPCIÓN EN EL DISTRITO ESCOLAR
CENTRAL NORTH SALEM

Documentación de la edad - Con el fin de determinar, por ejemplo, las necesidades de programa de su hijo, hija o hijos deberán dar prueba de edad, presentando uno de los siguientes:

- a. Un acta de nacimiento original o copia certificada o registro de bautismo (incluye el original o copia certificada de un acta de nacimiento o registro de bautismo extranjeros) que indique la fecha de nacimiento; o
- b. pasaporte (incluye pasaporte extranjero) que indique la fecha de nacimiento

Si lo anterior no está disponible, el distrito escolar puede considerar algunos otros documentos/registros existentes dos años o más para determinar la edad. Uno o más de estos documentos pueden ser necesarios. Los documentos son los siguientes:

- o licencia oficial de conducir
- o identificación estatal u otra identificación gubernamental
- o tarjeta de identificación escolar con foto y fecha de nacimiento
- o tarjeta de identificación del consulado
- o expedientes de salud o del hospital
- o tarjeta de identificación de dependiente militar
- o documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, agencia local de servicio social, oficina federal de reasentamiento de refugiados); o
- o órdenes judiciales u otros documentos emitidos por un tribunal
- o documento de prueba de pueblos originarios
- o expedientes de agencias de ayuda internacional sin fines de lucro y agencias voluntarias.
- o Nota: Puede ser que el distrito escolar tenga que verificar estos documentos/expediente

Se requiere comprobante de residencia. Conforme con la Ley del Estado de Nueva York, para registrar a su hijo, hija o hijos en el distrito escolar, deben estar domiciliados físicamente en su domicilio dentro de los límites geográficos del distrito escolar.

Sección A

- 1) *Copia de un contrato de arrendamiento residencial o prueba de ser propietario de una casa o condominio, tal como una escritura o una hipoteca*
- 2) *una declaración de un tercero, arrendador, propietario o arrendatario de quien uno o los dos padres o persona(s) en relación parental arrienda(n) o con quien comparten propiedad dentro del distrito*
- 3) *otras declaraciones de terceros confirmando la presencia física en el distrito escolar de uno o los dos padres o persona(s) en relación parental*
- 4) *otras formas de documentación y/o información que establezca la presencia física en el distrito escolar de uno o los dos padres o persona(s) en relación parental. Por ejemplo: factura actual de impuesto a la propiedad, declaración de póliza de seguro actual del propietario/ arrendatario, ver también la lista de la sección B*

Nota: El distrito escolar de North Salem se reserva el derecho de contactar a cualquier individuo que dé una declaración que certifique la presencia física en el distrito escolar de uno o los dos padres o persona(s) en relación parental con el alumno o alumna que solicita la inscripción.

Sección B

- 1) *recibo de pago*
- 2) *formulario(s) de impuesto a las ganancias*
- 3) *factura de servicios públicos o de otras cuentas (por ejemplo, compañía eléctrica, cable, etc.).*
- 4) *documentos de membresía basados en la residencia (por ejemplo, tarjeta de la biblioteca)*
- 5) *documento(s) de registro de votante*
- 6) *licencia de conducir oficial, permiso de aprendiz o identificación de no conductor*
- 7) *documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, agencia local de servicio social, oficina federal de reasentamiento de refugiados); o*
- 8) *evidencia de la custodia del niño, niña o niños, que incluye, pero no se limita a, las órdenes de custodia judiciales o documentos de tutela*
- 9) *otras formas de documentación y/o información que establezca la presencia física en el distrito escolar de uno o los dos padres o persona(s) en relación parental.*

FORMULARIO DE INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO O ALUMNA DEL DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE NORTH SALEM

Fecha de hoy _____

Apellido del alumno o alumna:		Nombre:		Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:		Sexo:
Grado actual:		Asiste actualmente (por favor, indique el nombre de la escuela):		
Si el alumno o alumna va a empezar la escuela en septiembre, ¿qué grado acaba de terminar?				
Si viene de otra escuela, el padre/madre o tutor ¿ha llenado y firmado el «Acceso a expedientes»? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Domicilio:		
		Ciudad:		Estado/ Código postal
		Teléfono n°		Fax n°
¿Ha recibido el alumno o alumna servicios de educación adicionales? En caso afirmativo, indíquelo por favor:				
sala de lectura		terapia de habla		fisioterapia
remediación matemática		terapia ocupacional		apoyo de idioma
programa de educación especial				
agencias de servicios sociales que apoyan a la familia o niño/a:				
otros:				
Información de los hermanos - por favor incluya el nombre y los apellidos				
Nombre:	M/F	Fecha de nacimiento	Escuela actual y grado:	
¿Se ha registrado previamente esta familia en el Distrito Escolar Central de North Salem? sí no				

Apellido del alumno/a:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Domicilio del alumno o alumna: Calle:			Dirección de correo, si es diferente		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del hogar del alumno o alumna: (incluirl código de área)					
¿Con quién vive el alumno o alumna? (marque todo) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otros			Si los padres están divorciados, ¿quién tiene la custodia?		
			Además de la residencia del alumno o alumna, ¿a quién se debe enviar el correo?		
Nombre de la madre:			¿Ciudadana de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Domicilio de la madre: Calle:			Dirección postal, si es diferente:		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del hogar	Celular		Correo electr.		
Nivel más alto de educación:			Ocupación:		
Nombre de empleador/Dirección			Teléfono del empleador		
Nombre del padre:			¿Ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Domicilio del padre: Calle:			Dirección postal, si es diferente:		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del hogar	Celular		Dirección de correo electrónico		
Nivel más alto de educación:			Ocupación:		
Nombre del empleador/dirección			Teléfono del empleador:		
Información del padrastro/madrastra/tutor Nombre Domicilio Ciudad Teléfono			Información del padrastro/madrastra/tutor Nombre Domicilio Ciudad Teléfono		

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha: _____

Para uso de oficina solamente:	
Intake by: _____	Proof of Birth: _____ Proof of Residency: _____
Health registration complete? _____	Immunization record: _____ Request for Release of Records: _____
Medical Alert? _____	Legal Alert? _____ Student Residency Questionnaire _____

**DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE NORTH SALEM
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN E HISTORIAL DE SALUD
DEL ALUMNO O ALUMNA**

(Para ser llenado por el padre o madre de un/a alumno/a que no asistió al Distrito Escolar Central de North Salem el año pasado)

Apellido del alumno o alumna:	Nombre:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Grado:

Por favor, registre el año aproximado en que el niño/a tuvo alguna de las siguientes:

Varicela _____	Úlceras _____	Fiebre reumática _____
Sarampión _____	Contacto con tuberculosis _____	Epilepsia _____
Paperas _____	Diabetes _____	Poliomielitis _____
Tos ferina _____	Fracturas importantes _____	Presión sanguínea alta _____
Enfermedad cardíaca _____	Enfermedad prolongada _____	Problemas del oído (¿tubos?) _____

Enfermedad de Lyme

Otras: _____

Más información sobre lo marcado aquí arriba:

¿Ha tenido alguna cirugía, lesiones o enfermedades que requirieron hospitalización? No
Sí: explicar _____

¿Hay alguna alergia a medicamentos, alimentos o picaduras de insectos? No
Sí: explicar _____

¿Tiene asma o rinitis alérgica? No
Sí: por favor explique e incluya información sobre la medicación _____

¿Experimenta episodios convulsivos o desmayos? No
Sí: explicar _____

¿Usa anteojos? No Sí
Si es así, ¿debe usar anteojos en todo momento? No Sí ¿sólo para lectura? No Sí
¿para la distancia? No Sí

¿Está este alumno o alumna actualmente bajo tratamiento o tomando medicamentos debido a alguna condición?
Sí: (Indicar el diagnóstico y el nombre de la medicina/dosis/frecuencia)

¿Debe tomar medicamentos durante el horario escolar? No
Sí: explicar _____

¿Hay alguna otra condición que la oficina de salud necesita saber? No
Sí: explicar _____

Nombre del médico: _____

Teléfono _____

Firma _____

Fecha: _____

Por favor, use el reverso de la página para notas adicionales, y marque aquí

HOJA DE INFORMACIÓN DEL ALUMNO O ALUMNA DE KINDERGARTE

Apreciaríamos que llene esta página para que podamos obtener una mayor comprensión de su hijo o hija. Si tiene alguna preocupación acerca de una pregunta o le gustaría hablar con nosotros en persona, avísenos. Gracias.

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO O NIÑA: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

HISTORIAL FAMILIAR: Nombre de hermanos Sexo Edad Grado Adaptación académica

Otras personas que viven en su hogar: _____

NACIMIENTO E HISTORIAL DE LA PRIMERA INFANCIA:

Término completo del embarazo: _____ Peso al nacer: _____ **Salud de la madre en el momento del nacimiento:**

Parto: Inducido _____ Circunstancias especiales (pérdida de oxígeno, ictericia, prematuramente, incubación, dificultad respiratoria, problemas alimenticios prematuros, cesárea, comentarios adicionales:

Edad aproximada en que se sentó por sí mismo/a: _____ Caminar: _____ Hablar:

Desarrollo del habla (subrayar): Tartamudeo, habla como bebé, ceceo, no encuentra palabras para decir algo, enunciación defectuosa, no se acuerda lo que pensaba, **atrasado**, normal: otro:

Cualquier suceso inusual en la vida temprana del niño o niña (subrayar y explicar): Accidente, incendio, hospitalización, cambio de domicilio, separado/a de uno de los padres, muerte o enfermedad de un familiar cercano, vivió en un país extranjero, otros:

¿Qué idioma que no sea inglés habla o entiende su hijo/a? _____

¿Tiene miedos específicos? hábitos o patrones alimenticios inusuales, o problemas con el control, dificultad para separarse de los padres (niferas, etc.), trastornos del sueño; explicar:

ANTECEDENTES MÉDICOS

Cualquier enfermedad mayor o crónica: (¿antecedentes de infecciones del oído, alergias, convulsiones, neumonía?)

Accidentes: (puntos de sutura, etc.) _____

Hospitalización: (incluya la edad del niño o niña, **duración de la estadía**, el motivo de la estadía) _____

Cuando su **hijo/a** se siente enfadado, ¿en qué forma(s) podría él/ella responder o comportarse? _____

Salud general: _____ ¿Usa anteojos? _____ ¿Pérdida de la audición? _____

Asistió a un jardín de infantes: _____ Dónde: _____
¿Por cuánto tiempo? _____

¿Cómo se adaptó al jardín de infantes? _____

¿Le gusta estar solo/a?: _____ ¿Juega con los demás?: _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Prefiere niños de la misma edad, mayores, o niños pequeños? _____ ?

¿Comparte?: _____ ¿Cómo soluciona diferencias de opinión con compañeros de juego? _____

¿Cuántas horas al día mira televisión? _____

¿Cómo reacciona en situaciones nuevas? _____

¿Es tímido/a con los adultos? _____

¿Siente que su hijo/a está adelantado/a, está a nivel de edad, o necesita mejor en estas áreas?

Desarrollo del lenguaje: _____

Juego creativo e imaginativo: _____

Habilidades atléticas: _____

Interacción social: _____

Habilidades académicas, preparación para la lectura: _____

Matemática: _____

Escribir: _____

Artística - Habilidad musical: _____

¿Lee? _____ Por favor, explique (libros/palabras): _____

¿Ha tenido alguna evaluación especial o recibido algún tipo de ayuda o intervención especial? **Favor de explicar:**

¿Tiene algún interés especial o toma clases especiales o asiste a clases especiales?

(Gimnasia artística, música, etc.) _____

¿Hay algo más que quisiera hacernos saber acerca de su hijo/a?

Gracias por ayudarnos a conocer a su hijo/a. ¡Esperamos poder llegar a conocerlos a ambos!

Roy Martin, Ed.D.
Directora

Jake Ross, Psy.D
Psicólogo de la escuela

Persona que llena este formulario

Fecha

Estimados padres/tutores:

A partir del año escolar **2010-2011**, se exige que los distritos escolares y los estados **sigan** nuevos estándares en la recopilación y registro de datos de raza y origen étnico a nivel individual, de acuerdo con las categorías y definiciones federales. La información será usada para:

- Dar información a los departamentos de educación estatales y federales
- Preparar programas educativos y asegurarse de que están disponibles para todos los alumnos
- Hacer análisis estadísticos

Necesitamos su ayuda con el fin de realizar esta tarea. Por favor llene y devuelva los formularios adjuntos usando un formulario separado **para** cada uno de sus **hijos** que serán inscritos en el Distrito Escolar Central de North Salem en el año escolar **2019-2020**. **Por** favor revise las definiciones raciales/étnicas en el formulario de identificación de la raza y el origen étnico del alumno o alumna y devuelva el(los) formulario(s) debidamente llenado(s) a más tardar el 27 de septiembre de 2019.

Hay DOS áreas que necesitan ser marcadas en el formulario:

Primero, marque Si o NO si el niño o la niña es de origen hispano, latino o *español*.

Segundo, puede marcar UNA O MÁS de las siguientes opciones que son ciertas acerca de la etnia/raza del niño o la niña. Por ejemplo, usted marcaría asiático y blanco para un niño que es asiático y blanco.

El Distrito Escolar Central de North Salem entiende la naturaleza sensible de esta información y desea asegurarse que se mantendrá segura y confidencial de conformidad con todas las leyes y regulaciones estatales y federales de privacidad de los alumnos. Si no podemos obtener esta información de usted, de acuerdo con las regulaciones estatales y federales, estamos obligados a usar nuestro propio criterio para identificar la raza y el origen étnico del niño o niña. El formulario no puede quedar en blanco.

Gracias por su cooperación. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al director de su escuela.

PROCEDIMIENTOS Y REGLAMENTACIONES DE CONFIDENCIALIDAD

Al Padre/Madre/Tutor:

La información que usted ha dado en esta solicitud es confidencial. Está protegida por las reglamentaciones de confidencialidad citadas a continuación.

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (1974) y la Reglamentación del Canciller A-820 prohíben el acceso no autorizado a los expedientes de los alumnos y la divulgación no autorizada de cualquier información de registro del alumno o alumna identificables por su nombre o número de identificación

- Todos los alumnos de 5 a 21 años tienen derecho a una educación pública gratuita
- No se podrá negar a los niños la admisión a una escuela pública debido a su raza, color, creencia, origen nacional, sexo, identidad de género, embarazo, estado de inmigración/ciudadanía, discapacidad, orientación sexual, religión o etnia.

Nombre de la escuela:	
Número de identificación del alumno o alumna:	Fecha de nacimiento (mes / día / año):
Nombre del alumno o la alumna: Apellido, primero, segundo:	Grado:

INSTRUCCIONES PARA EL PADRE O MADRE / TUTOR
POR FAVOR, CONTESTE AMBAS PREGUNTAS (1) Y(2). LÉALAS CUIDADOSAMENTE ANTES DE RESPONDER

1. ¿Es el alumno o la alumna hispano/a, latino/a, o de origen español? Hispano, latino o de origen español significa una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, cenizo o sudamericana u otra cultura u origen español, independientemente de la raza [Marque (9) la que describe mejor a su hijo/a].

O Sí, es hispano/a n NO, no es hispano/a

2. Marque (J en una o más razas de los cinco grupos raciales siguientes
[Marque (V) todos los grupos a los que corresponde su hijo/a; marque (E) al menos UNA casilla]:

KÍGENA AMERICANA U ONIGMARLA BE ALASKA: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central) y que mantiene afiliación tribal o conexión comunitaria. Por ej. Cherokee, Mohawk, Inuit.

ASI HCA: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, Sureste de Asia o el subcontinente indio. Incluye, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, islas Filipinas, Tailandia y

OEGM RNA DE HAWĀI IN OTRAS ISLAS DEC PACWICO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa y otras islas del Pacífico.

NEGRA: Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de

BLANCA: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, norte de África o medio

Firma del padre, madre, tutor u otro

Fecha

Relación con el/la alumno/a:

Madre

Padre

Tutor

Otra (especificar) _____

Véase el reverso de la carta que contiene un mensaje importante a los
padres/tutores y ~~de~~ ~~la~~ ~~de~~ ~~este~~
confidencialidad.



Lisselle Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 584
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-245g

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

Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
hombre	Segundo nombre	the/id0
FECHA DE NACIMIENTO:		GENERO:
		0 Masculino
		0 Femenino
FORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN		
Afiliación	Primer Nombre	Relación con el estudiante

CÓDIGO DEL
IDIOMA DEL HOGAR

--

Conocimientos de idiomas

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

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> u otro _____	<i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____	<i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre _____	<input type="checkbox"/> Padre _____	<i>especifique</i>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es) _____		<i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____	
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

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER AND STUDENT INFORMATION SYSTEM

District Name (Number) & School

Address

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

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

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

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

Si No No se sabe En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Que 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 Si* *Por favor, tiene f0b.

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

No Si - Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (faw/ de nu c* todas las opciones que sean aplicables):

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

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

11. (Considere que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)
Por ejemplo. Isentos ester/ales, problemas de salud, etc.)

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

_____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____
" Firma del pÁci"re/madre o de la persona en relación Maternal Opte
Relación con el estudiante: Madre Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ Posmo»: _____

IF Ax INGRPRETER Is PRO-OED, LIST »4kír, PoSITION AUo CRooEFITALs:

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

NAME: _____ Posrioif: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: No Yes

DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: ADMINISTER NYSITELL ENGLISH PROFICIENT REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSICION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSI FIOI: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ Proficiency Level ACHIEVED ON NYSITELL: ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING | COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMMODATIONS, IF AFFY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

**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 IN Yes, indicate type	Type: E*1 Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached <input type="checkbox"/>
Asthma <input type="checkbox"/> No IN 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 IN Yes, indicate type	Type: _____ Date of last seizure: _____ <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
Diabetes <input type="checkbox"/> No IN 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: *Considers screening for T2DM if BMI > 85a 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:
Lab for TB Test	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	
OTest Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated >5 pg/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"/> Dentat	<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

Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations: _____ ; Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-10 Code' _____

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

Name:				DOB:
SCREENINGS				
Vision (w/correction If prescribed)	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity	20/	20/	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity	20/	20/		<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening <input type="radio"/> Pass <input type="radio"/> 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="radio"/> Pass <input type="radio"/> Fail	Left <input type="radio"/> Pass <input type="radio"/> Fail	Referral <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="checkbox"/>
Notes				
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="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="checkbox"/>
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK				
<input type="radio"/> student may participate in all activities without restrictions. <input type="radio"/> Student is restricted from participation in: <input type="radio"/> Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling. <input type="radio"/> Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball. <input type="radio"/> Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Rifle, Swimming, Tennis, and Track & Field. <input type="radio"/> 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="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V Age of First Menses (if applicable): _____				
<input type="radio"/> 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				
<input type="radio"/> Order Form for Medication(s) Needed at School Attached				
IMMUNIZATIONS				
<input type="radio"/> Record Attached		<input type="radio"/> 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.				