

DISTRITO ESCOLAR DE MIDDLE COUNTRY  
REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN  
**25 N BICYCLE PATH, SELDEN NY 11784 TELÉFONO: 631-285-8890**  
**CERRADO LOS VIERNES DE JULIO Y AGOSTO**

- **Original o fotocopia del documento acreditativo de edad.**

Ejemplos:

- Acta de nacimiento
- Licencia de conducir
- Pasaporte
- Certificado de bautismo
- Notificación de registro de partida de nacimiento
- Registro de naturalización
- Registro de inmigración
- Registro escolar
- Registro del censo
- Foto escolar con fecha de nacimiento.
- Órdenes judiciales u otros documentos emitidos por el tribunal

- **Número de FAX o dirección de correo electrónico de la escuela anterior** y documento de transferencia o retiro de la escuela anterior

- **Expediente académico para estudiantes de secundaria.**

- **Comprobante de residencia en el Distrito Escolar de Middle Country.**

Ejemplos:

- Facturas actuales de servicios públicos (electricidad, gas, combustible, agua, televisión por cable o satélite)
- Estado de cuenta de la hipoteca actual
- Escritura de su casa
- Cambio de dirección de la oficina de correos
- Compromiso hipotecario
- Póliza de seguro de inquilino vigente
- Registro de votantes
- Arrendamiento original
- Formulario de impuesto sobre la renta
- Documentos de membresía
- Licencia de conducir oficial
- Identificación emitida por el estado o el gobierno
- Recibo de pago

- **Registro de vacunación:** un certificado de vacunación firmado o sellado con membrete del médico o un registro de salud firmado por la escuela anterior que indique fechas específicas de cantidades. (Ver vacunas requeridas para estudiantes).

- **Identificación con fotografía del padre/tutor**

- **Trámites de custodia si corresponde.**



**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

STUDENT ID #	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	
	Ciudad natal	Estado	País			
BUILDING	<b>INFORMACIÓN ÉTNICA Y RAZA DEL NIÑO</b>					
	Por favor responda la pregunta de dos partes.			¿El niño es hispano o latino?	SI	NO
	Por favor indique cualquier raza que aplique, seleccione una o más.			B - Moreno o Afroamericano		
GRADE	P - Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico			W - Blanco		
	I - Indio americano o nativo de Alaska			A - Asiático		
ESL	<b>INFORMACIÓN ANTERIOR DE LA ESCUELA</b>					
	Última escuela a la que asistió		Nivel de grado	Nombre del distrito		
SPED	Dirección					
	¿Recibe su hijo algún servicio de educación especial?				Si	No
<b>COMPLETE SI EL ESTUDIANTE VUELVE A INGRESAR AL DISTRITO ESCOLAR DE MIDDLE COUNTRY</b>						
Última fecha y escuela a la que asistió						

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR (donde reside el niño)**

Proof of Residence	Apellido: Padre 1 o Tutor 1	Primer Nombre	Relacion hacia el niño		
	Numero de Celular ( )	Número de Trabajo ( )	<input type="checkbox"/> Padre biológico/adoptivo <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Cuidado de custodia <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Padrastro		
	Correo electrónico:				
	Apellido: Padre 2 o Tutor 2	Primer Nombre	Relacion hacia el niño		
	Numero de Celular ( )	Número de Trabajo ( )	<input type="checkbox"/> Padre biológico/adoptivo <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Cuidado de custodia <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Padrastro		
	Correo electrónico:				
	Dirección de residencia				
	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
	Dirección postal (si es diferente)			Teléfono de casa ( )	
	¿Se habla un segundo idioma en casa?	Si	No	En caso afirmativo, ¿cuál es el idioma?	
¿La inscripción está relacionada con la falta de vivienda?			Si	No	
<b>SI CORRESPONDE, PROPORCIONE EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO DEL PADRE QUE NO VIVE CON EL NIÑO</b>					
NOMBRE			Número de casa ( )		
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
			Número de celular ( )		
			Número de trabajo ( )		
			Correo electrónico ( )		
¿DEBE ESTE PADRE RECIBIR CORREO ESCOLAR?			Si	No	

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ESTIMADOS PADRES O TUTORES:

CUANDO SU HIJO/A INGRESA A LA ESCUELA, ESTABLECEMOS UN ARCHIVO DE REGISTRO ACUMULATIVO QUE NOS PERMITE COMPRENDER MEJOR SUS NECESIDADES. DE MÁS ESTÁ DECIR QUE TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LE PEDIMOS QUE RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS EN LETRA IMPRENTA Y DE MANERA PROLIJA. GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

NOMBRE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ N.º DE TEL. DEL HOGAR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ N.º DE CELULAR \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA \_\_\_\_\_ N.º DE CELULAR \_\_\_\_\_

**LUGAR DE EMPLEO DE LOS PADRES**

PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ N.º DE TEL. DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

MADRE/TUTORA \_\_\_\_\_ N.º DE TEL. DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

MÉDICO AL QUE SE DEBE LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ N.º DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

EL TRANSPORTE DE UN NIÑO ENFERMO QUEDARÁ A CARGO DE LOS PADRES O DE LAS PERSONAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE SI HUBIERA ALGUNA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE, LOS PADRES SERÁN LOS RESPONSABLES DE NOTIFICAR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

**FOR OFFICE USE ONLY:**

\_\_\_\_\_ IMMUNIZATION RECORD VERIFIED/ATTACHED

Initials of Central Registration staff member \_\_\_\_\_

**INDIQUE SI SU HIJO/A TIENE ALGUNO DE ESTOS ANTECEDENTES Y DESCRIBA A CONTINUACIÓN:**

ANEMIA \_\_\_\_\_ ASMA \_\_\_\_\_ ALERGIAS \_\_\_\_\_ DIABETES \_\_\_\_\_ EPILEPSIA \_\_\_\_\_  
 ENFERMEDAD CARDÍACA \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD RENAL \_\_\_\_\_ TUBERCULOSIS O CONTACTO CON TB \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES GRAVES, LESIONES, OPERACIONES \_\_\_\_\_  
 EXPLICACIÓN DE LO MENCIONADO ANTERIORMENTE: \_\_\_\_\_

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO REGULARMENTE? NO \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_

¿SE LE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR? NO \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_

LA LEY DEL ESTADO DE NUEVA YORK REQUIERE QUE LOS PADRES PRESENTEN UNA SOLICITUD POR ESCRITO A LA ESCUELA, LA CUAL DEBE ESTAR ACOMPAÑADA POR UNA SOLICITUD POR ESCRITO DE PARTE DEL MÉDICO, EN LA QUE SE INDIQUE LA FRECUENCIA Y LA DOSIS DEL MEDICAMENTO RECETADO. LOS PADRES DEBEN TRAER ESTE MEDICAMENTO EN UN FRASCO PARA MEDICAMENTOS.

PROBLEMAS DE LA VISTA:	NO _____	SÍ _____	ESPECIFIQUE _____
USA ANTEOJOS	NO _____	SÍ _____	FECHA DEL EXAMEN _____
NOMBRE DEL DR./DIRECCIÓN	_____		
PROBLEMAS AUDITIVOS	NO _____	SÍ _____	USA AUDÍFONOS
ESPECIFIQUE:			NO _____ SÍ _____

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

SI REQUIERE ALGUNA MODIFICACIÓN EN EL PROGRAMA ESCOLAR, DEBE PRESENTAR LA RECOMENDACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO.  
 FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR \_\_\_\_\_



**INFORMACIÓN DE HERMANOS: Enumere todos los demás niños de la familia, incluidos los bebés.**

<b>Apellido</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Sexo</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Grado (si corresponde)</b>



**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK**  
**Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes**  
**para alumnos de preescolar<sup>1</sup>**

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

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

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

Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:  
 Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil:  Madre  Padre  Otro  
 ¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela?  Inglés  Otro idioma que se habla en el hogar:

**Idioma que se habla en el hogar**

- ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?
- ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente? (Enumere todos los que correspondan.)
- ¿Hay un cuidador en el hogar?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?
- ¿Qué idiomas entiende su hijo?
- ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?
- ¿Su hijo tiene hermanos?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?

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

¿En qué idioma?

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

¿En qué idioma?

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

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

**Idioma fuera del hogar/de la familia**

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

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

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

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

**Objetivos de idioma**

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

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

14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué idioma?

**Alfabetización emergente**

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

¿En qué idioma le leen estos libros?

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

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

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

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

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

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

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

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

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

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

De ser así, ¿qué objetivos describe?

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

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



## CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: MCCSD

Nombre de la Escuela: TBD

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género:  Hombre  
 Mujer

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
*Mes                      Día                      Año*

Grado: \_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_  
*(jardín de infantes – 12)                      (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.**

**¿Dónde 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



# Año escolar 2024-2025

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

**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) <sup>2</sup>	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 adolescentes <sup>3</sup>		No corresponde		1 dosis
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV) <sup>4</sup>	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) <sup>5</sup>	1 dosis		2 dosis	
Vacuna contra la hepatitis B <sup>6</sup>	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 varicela <sup>7</sup>	1 dosis		2 dosis	
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY) <sup>8</sup>		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) <sup>9</sup>	1 a 4 dosis			No corresponde
Vacuna neumocócica conjugada (PCV) <sup>10</sup>	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 a 10 grado: 10 años; edad mínima para 11 a 12 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 2024-2025, 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 10.º; sin embargo, las dosis de Tdap aplicadas a los 7 años o más cumplirán el requisito para los estudiantes en los grados 11.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 (OPV) 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 a 11 grado: 10 años; edad mínima para 12 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  
Division of Vaccine Excellence  
Room 649, Corning Tower ESP  
Albany, NY 12237  
(518) 473-4437**

**New York City Department of Health and Mental Hygiene  
School Compliance Unit, Bureau of Immunization  
42-09 28th Street, 5th floor  
Long Island City, NY 11101  
(347) 396-2433**

New York State Department of Health/Division of Vaccine Excellence  
health.ny.gov/immunization

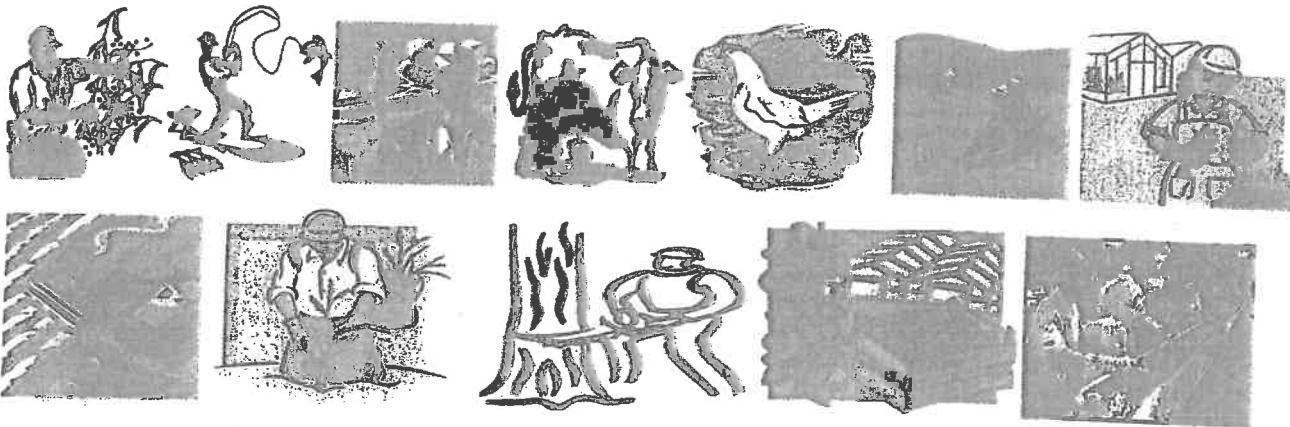
**OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES**

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, sin importar su nacionalidad o estado legal. Este programa es gratuito para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de involucramiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

**Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.**

**¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?**

- Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



**Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:**

Nombre del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Mejor tiempo para ser contactado \_\_\_\_\_ AM/PM

Dirección anterior: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Para someter este referido, por favor enviarlo por correo electrónico a [migranteducation@esboces.org](mailto:migranteducation@esboces.org), o enviar un fax al No. 631-240-8912, o enviarlo por correo al Programa de Educación para Migrantes de Long-Island-METRO, 969 Roanoke Avenue, Riverhead, NY. 11901.

Nombre del distrito o de la organización que envía el referido \_\_\_\_\_