

Lista de verificación de la documentación de registro:

Comuníquese con el registrador central si tiene alguna pregunta sobre el registro
al 845-446-9575 x 1600

Nombre:

Fecha:

Formularios:	Check if given:
Formularios de registro requeridos: Formulario de información para estudiantes / padres, Formulario de solicitud de transferencia de registros, Formulario de idioma del hogar, Formulario de afiliación militar, Cuestionario de residencia, Formulario de historial de salud, Formulario de "Parent Portal"	
Tres formas válidas de prueba de residencia	
Comprobante de edad (por ejemplo: certificado de nacimiento, pasaporte, etc.	
Registro de vacunación actualizado	
Examen de salud-fechado dentro de los 12 meses	
Última boleta de calificaciones	
Copia del IEP, si corresponde	
Identificación con foto del padre/tutor	
Prueba de custodia/tutela, si corresponde	

APUNTES (NOTES):



Highland Falls-Fort Montgomery Central School District

Registro Central

845-446-9575 x-1600

¡Bienvenido al Distrito Escolar Central de Highland Falls-Fort Montgomery!

Nos complace ayudarle a registrar a su hijo en nuestras escuelas. El sitio web de HFFMCSD, www.hffmcsd.org tiene una descripción general de nuestros programas, políticas y los formularios que necesitará para inscribir a su hijo en nuestro distrito escolar.

Hay dos partes en nuestro proceso de registro. Para registrar a su hijo, deberá proporcionar tres formas de comprobante de residencia (que se enumeran a continuación), un comprobante de edad de su hijo, la última boleta de calificaciones, el formulario de divulgación de registros de la última escuela a la que asistió su hijo y el examen físico más reciente e inmunizaciones. ESi es aplicable, evidencia de custodia del niño, incluidas, entre otras, órdenes de custodia judicial o documentos de tutela.

DOCUMENTOS REQUERIDOS AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN:

Uno de los siguientes documentos

- DECLARACIÓN HIPOTECARIA ACTUAL o CUENTA DE IMPUESTOS**
- ARRENDAMIENTO ACTUAL**
- Una declaración de un tercero propietario, dueño o inquilino de quien el/los padre(s)/tutor(es) legal(es) alquilan o viven con él/ella;
- Tal otra declaración de un tercero que establezca la presencia física de los padres/tutores en el distrito escolar (formularios disponibles en la oficina de registro).
- Factura actual de servicios públicos, es decir, gas/combustible para calefacción, agua, electricidad, cable/teléfono/internet. (no se permiten celulares)

ADEMÁS DE LA LISTA ANTERIOR, SE PUEDEN ACEPTAR DOS DE LOS SIGUIENTES

- Talón de pago
- Documento (s) de registro de votante
- Identificación emitida por el estado u otro gobierno
- Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales
- Facturas de servicios públicos: luz, gas, gasoil, cable, agua, Internet

Los documentos deben ser actuales y originales- los originales se copiarán y se le devolverán inmediatamente. Se aceptarán impresiones de las cuentas en línea si muestran el nombre y la dirección del residente y tienen una fecha actual.

Documentación necesaria para establecer la edad del estudiante- además de la documentación anterior, el Distrito Escolar requiere la documentación suficiente para establecer la edad del niño(s) que se está registrando. Se requerirá la siguiente documentación al momento de la inscripción:

- Transcripción certificada de un certificado de nacimiento o registro de bautismo;
- Pasaporte (incluido pasaporte extranjero)

Si la documentación anterior no está disponible, el Distrito Escolar considerará otra evidencia documental, que incluye pero no se limita a:

- Identificación emitida por el estado u otro gobierno
- Identificación escolar con foto con fecha de nacimiento
- Tarjeta de identificación del consulado
- Registros de hospital o salud
- Tarjeta de identificación de dependiente militar
- Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales
- Órdenes judiciales u otros documentos emitidos por el tribunal
- Registros de agencias de ayuda internacional sin fines de lucro y agencias voluntarias
- Documentos tribales nativos americanos

Si es relevante, se necesita documentación adicional para la información de la escuela:

- IEP (Plan de educación individualizado) del distrito escolar anterior
- Documentación de la Sección 504 del distrito escolar anterior
- Última boleta de calificaciones para fines de colocación

INFORMACIÓN ADICIONAL: Se requieren los registros de vacunación más recientes del niño al momento de la inscripción. Se requiere que todos los estudiantes nuevos tengan un examen físico de salud en el estado de Nueva York para poder asistir a la escuela. El examen debe realizarse dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de inicio del niño. Si no se realizó un examen físico, se le permiten 14 días desde el comienzo de la escuela para obtener uno. Excepción para familias militares: el estado de Nueva York acepta un examen físico realizado en una base militar por un médico militar.

JARDÍN DE INFANTES & PREESCOLAR: Su hijo debe cumplir 5 años el 1 de diciembre del año escolar o antes para poder matricularse en el jardín de infantes. Para el preescolar, su hijo debe cumplir 4 años el 1 de diciembre o antes. **No hay absolutamente ninguna excepción.** Si tiene preguntas o asuntos, por favor llame 845-446-9575 x-1600.

CAMBIO DE RESIDENCIA Y/O DIRECCIÓN DE CORREO: Si su situación de vida cambia en cualquier momento durante el año, debe comunicarse con la Oficina de Registro Central. Se requieren documentos de prueba de residencia cuando cambia su dirección y/o cambia su dirección de correo. El Registrador Central actualizará

nuestros sistemas y notificará al Coordinador de Transporte sobre el cambio. El transporte de su hijo se organizará cuando la Oficina de Registro Central reciba el comprobante de residencia.

El segundo paso de este proceso es hacer una cita para reunirse con el consejero o el administrador del edificio del niño. En el nivel secundario, ayudarán con la selección de cursos, y en las escuelas primarias e intermedias, una evaluación formal nos ayudará a satisfacer las necesidades individuales de su hijo. Además, deberá completar los siguientes formularios incluidos en este paquete:

- Formulario de liberación de registros
- Información del estudiante y formulario de inscripción
- Cuestionario de residencia de estudiantes
- Cuestionario del idioma del hogar
- Cuestionario de afiliación militar
- Formulario de solicitud de transporte escolar
- Formulario de acceso al portal para padres

Formularios opcionales:

- Formulario de exclusión de Internet
- Publicación del distrito y formulario de exclusión de medios de noticias

Formularios adicionales requeridos:

- Formulario de examen de salud escolar del estado de Nueva York, que incluye prueba de inmunización
- Formulario de actualización del historial de salud del estudiante

Request for Transfer of Records

Top Section for Office Personnel Only

Date of Request: _____

Student Name: _____

Date of Birth: _____ Grade: _____

School Fax Number: _____

Email Address: _____

The above named student has enrolled in the Highland Falls-Fort Montgomery Central School District. Please forward the required information to us as soon as possible. For high school students, please also fax the latest transcript directly to the guidance office noted below to expedite registration.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Transcript | <input type="checkbox"/> Results of Achievement Tests |
| <input type="checkbox"/> Latest Report Card | <input type="checkbox"/> Results and date of NYSESLAT for ELL Students |
| <input type="checkbox"/> Attendance Record | <input type="checkbox"/> Health Records |
| <input type="checkbox"/> Discipline Record | <input type="checkbox"/> Pupil Services Records including, IEP, 504, psychological testing and social history |

Note: If your district participates in Frontline IEP (formerly IEP Direct), please transfer the student's IEP via Frontline IEP.

Parent/Guardian Authorization

To Parent or Legal Guardian

Please complete and sign below. We will forward this request for records form to your student's previous school.

To: _____ Attention: _____
Name and Location of School School Contact Person

I hereby authorize the transfer of all school records regarding the above named student to Highland Falls - Fort Montgomery Central School District.

Print Name

Signature

Date

Please fax high school transcripts to:

James I. O'Neill High School, Guidance: Fax: 845-446-2138 Ph. 845-446-4914 x2600

Please fax all education records to the appropriate buildings/departments;

Highland Falls Intermediate School, Gr. 3-8 Office: Fax: 845-446-0858 Ph. 845-446-4761 x3500

Fort Montgomery Elementary School, Gr. PK-2 Office: Fax: 845-446-6608 Ph. 845-446-1008 x4500

Pupil Personnel Office, Fax: 845-446-2141 Ph. 845-446-4083 x 3611

Mail records to the attention of the appropriate office listed above at:

PO Box 287

Highland Falls, NY 10928

Distrito Escolar Central de Highland Falls-Fort Montgomery
Información del estudiante y formulario de inscripción

Fecha: _____

Información del estudiante

Nombre: _____

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: _____

Género: _____

Etnia del estudiante (según NYSED):

- Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático/Isleño del Pacífico
 Hispano
 De raza negra
 Blanco

HOGAR PRIMARIO (Información de dirección)

Dirección de residencia de estudiantes:

Calle: _____

Ciudad _____ Estado _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

Número de teléfono de casa: _____

Dirección postal del estudiante, si es diferente

Calle: _____

Código postal _____

grado actual o grado recién completado: _____

¿Ha sido retenido su hijo? (Repitió un grado). Sí No En caso afirmativo, ¿cuál grado? _____

Nombre de la escuela anterior: _____

Dirección de la escuela anterior: _____

Teléfono # _____ Fax #: _____

¿Ha asistido el estudiante anteriormente a HFFMCSD? _____ En caso afirmativo, enumere las fechas de asistencia: _____

Idioma principal hablado en casa: _____ Idioma secundario hablado: _____

¿Ha recibido el estudiante servicios educativos adicionales?: _____ En caso afirmativo, indique:

Educación especial
 Terapia del lenguaje
 Terapia física
 Terapia ocupacional

Servicios para estudiantes del idioma inglés
 AIS/RtI

Otro _____

Información de hermanos: incluya nombre y apellidos:

Nombre	M/F	Fecha de nacimiento	Escuela actual y grado

Información de custodia¿Con quién vive el estudiante? *(marque todo lo que corresponda)*
 Madre Padre Madrastra Padrastro Abuelo/a Tutor

Otro- por favor explique _____

Si los padres están divorciados, ¿quién tiene la custodia? _____

Además de la residencia del estudiante, ¿a quién se debe enviar el correo? _____

¿Hay problemas de seguridad que el Distrito debe tener en cuenta? _____

En caso afirmativo, por favor
explique: _____**Orden de protección:** Sí No

Si existe una orden de protección, entregue una copia al momento de la inscripción del estudiante.

Información del padre/tutor: RESIDIENDO EN EL HOGAR PRIMARIO

Relación	Nombre	Celular	Lugar de empleo	Teléfono del trabajo

correo electrónico: _____

Información del padre/tutor: RESIDIENDO EN EL HOGAR PRIMARIO

Relación	Nombre	Celular	Lugar de empleo	Teléfono del trabajo

correo electrónico: _____

Información del padre/tutor: NO RESIDIENDO EN EL HOGAR PRIMARIO

Relación	Nombre	Celular	Lugar de empleo	Teléfono del trabajo

Dirección postal: _____

correo electrónico: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
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 ("HLQ" por sus siglas en inglés)

Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del 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.

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO :
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
Mes	Día	Año
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	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"/> 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	_____	<i>especifique</i>
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 IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE 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.

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 (“IEP” por sus siglas en inglés)? 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? _____

Mes: Día: Año:

Firma del padre/madre o de la persona en relación paterna

Date

Relación con el estudiante: Madre 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 Central de Highland Falls-Fort Montgomery

PO Box 287

Highland Falls, NY 10928

845-446-9575, ext. 1600

Cuestionario de afiliación militar

(Para estar llenado por el padre/tutor)

Las respuestas a estas preguntas ayudan a determinar la elegibilidad de los fondos para el distrito escolar.

Nombre de estudiante: _____

Fecha de nacimiento : _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Grado: _____

Nombre de padre/tutor: _____ Título: _____

1. ¿Tiene un padre alguna afiliación militar? _____ Sí _____ NO

2. En caso afirmativo a la pregunta anterior, describa su afiliación militar:

- _____ Militar activo, asignado a West Point, viviendo EN PUESTO
- _____ Militar activo, asignado a West Point, NO viviendo en puesto
- _____ Militar activo, no asignado a West Point
- _____ Militar retirado
- _____ Reservista activa
- _____ Reservista inactivo
- _____ Guardia Nacional del estado de NY

3. ¿Está empleado un miembro de la familia en West Point? _____ Sí (Por favor continúe)
_____ No (Si no, DETÉNGASE aquí)

4. En CASO AFIRMATIVO, indique quién está empleado en West Point y en qué capacidad.

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____

Distrito Escolar Central de Highland Falls-Fort Montgomery

Formulario de acceso de "Parent Portal" para padres

Nota: Si ambos padres/tutores legales quieren cuentas individuales, cada uno debe completar un formulario por separado.

Padre/tutor legal

(Por favor imprimir)

Nombre de padre/tutor legal: _____

Nombres de estudiantes: _____ Grado: _____

_____ Grado: _____

_____ Grado: _____

Correo electrónico: _____

Cada cuenta requiere una dirección de correo electrónico separada. Su firma afirma que **usted es el tutor legal de los estudiantes nombrados** y, por lo tanto, tiene derecho a acceder a sus registros educativos. También da su consentimiento para que el Distrito Escolar Central de Highland Falls-Fort Montgomery establezca una contraseña individualizada para que usted pueda acceder a nuestro "Parent Portal". Recibirá un correo electrónico de SchoolTool con su información de inicio de sesión. Tenga en cuenta que para proteger la privacidad de los datos de los estudiantes, los padres / tutores deberán proporcionar una identificación para poder recibir su contraseña.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Si el padre / tutor legal de los estudiantes mencionados solicita permiso para que una persona que no sea el padre / madre / tutor legal que resida en el hogar acceda al Portal para padres, complete y firme la sección a continuación. Ambas partes deben proporcionar una identificación con fotografía válida.

Nombre de la persona que recibirá acceso al portal para padres: _____

Relación con estudiante(s): _____

Nombre de padre/tutor legal: _____

Firma de padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Parent/legal guardian ID attached _____

School Personnel Initials _____

Información Médica

1. El Formulario de Historia de Salud del Estudiante (página siguiente) debe estar completado y firmado por un padre/tutor y enviado con este paquete al momento de la inscripción
2. Adjunte registros de vacunación
3. El formulario de examen de salud del estado de Nueva York debe estar completado y firmado por el médico.

Gracias.



Highland Falls-Fort Montgomery Distrito Escolar Central

OFICINAS DE SALUD ESTUDIANTIL Para estar completado y firmado por el padre/tutor

El colegio
845-446-9575 x 2700

La escuela intermedia
845-446-4761 x 3700

La escuela primaria
845-446-1008 x 4700

Nombre del estudiante: _____ Género: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Padre/tutor: _____ Teléfono #: _____

Correo electrónico de padre: _____

Historia de salud del estudiante

¿Ha tenido su hijo alguna vez las siguientes enfermedades transmisibles?

Varicela Sí__No__ Fecha _____

Escarlatina Sí__No__ Fecha _____

Paperas Sí__No__ Fecha _____

Tos ferina Sí__No__ Fecha _____

Sarampión alemán Sí__No__ Fecha _____

1. ¿Está Su hijo actualmente bajo tratamiento por algún problema físico? Sí _____ No _____

Si es así, explique:

2. ¿Toma su hijo medicamentos regularmente? Sí _____ No _____

Si es así, nombre del medicamento y motivo.

Nombre del medicamento: _____ Motivo: _____

Nombre del medicamento: _____ Motivo: _____

Nombre del medicamento: _____ Motivo: _____

Si su hijo necesita tomar medicamentos durante el día, debe comunicarse con la Oficina de Salud en persona. Su médico debe completar y firmar formularios específicos antes de que se pueda administrar CUALQUIER medicamento.

3. ¿Alguna vez ha tenido cirugía su hijo?

Sí__No__ Explique: _____

4. ¿Ha tenido su hijo algún problema médico grave? Explique: _____

5. ¿Ha tenido su hijo un accidente o lesión grave? Sí____ No____ Explique: _____

6. ¿Alguna vez ha hospitalizado su hijo? Sí____ No____

Explique: _____

7. ¿Tiene Su hijo alguna alergia a alimentos, medicamentos o insectos/picaduras de abejas? Sí____ No____
En caso afirmativo, indique:

8. ¿Usa su hijo anteojos o lentes de contacto? Sí____ No____ Otras dificultades visuales, por favor explique:

9. ¿Tiene su hijo alguno(a)(s): (Marque todos los que correspondan)

Problemas de oído?

Pérdida de la audición?

Infecciones frecuentes del oído?

Tubos en las orejas? Si es así, ¿a qué edad?

Explique: _____

10. ¿Tiene su hijo alguna dificultad para hablar? Sí____ No____ En caso afirmativo, explíquelo por favor:

11. ¿Tiene su familia historia de diabetes o tuberculosis? Sí____ No____

Médico de familia: _____

Nombre

Número de teléfono

En situaciones de emergencia, La Administración tomará las medidas que considere necesarias y apropiadas.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

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

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

STUDENT INFORMATION

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
Sex Assigned at Birth: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Gender Identity: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Nonbinary <input type="checkbox"/> X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

If yes to any diagnoses below, check all that apply and provide additional information.

<input type="checkbox"/> Allergies	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Seizures	Type: _____ Date of last seizure: _____ <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Diabetes	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

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

BMI _____ kg/m²

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

Hyperlipidemia: Yes Not Done **Hypertension:** Yes Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	Lead Level Required for PreK & K
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g}/\text{dL}$
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

System Review Within Normal Limits

Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)

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

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

Name:		Affirmed Name (if applicable):		DOB:	
SCREENINGS					
Vision & Hearing Screenings Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11					
Vision	With Correction <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity		20/	20/		<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				<input type="checkbox"/>
Notes					
Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.					Not Done
Pure Tone Screening	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Referral <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/>
Notes					
Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK					
<input type="checkbox"/> *Family cardiac history reviewed – required for Dominic Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act					
<input type="checkbox"/> Student may participate in all activities without restrictions.					
If Restrictions Apply – Complete the information below					
<input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in:					
<input type="checkbox"/> Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.					
<input type="checkbox"/> Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.					
<input type="checkbox"/> Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.					
<input type="checkbox"/> Other Restrictions:					
Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level OR Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.					
Tanner Stage: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V					
<input type="checkbox"/> Other Accommodations*: (e.g., brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.) Use additional space below to explain.					
*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.					
MEDICATIONS					
<input type="checkbox"/> Order Form for medication(s) needed at school attached					
COMMUNICABLE DISEASE			IMMUNIZATIONS		
<input type="checkbox"/> Confirmed free of communicable disease during exam			<input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS		
HEALTHCARE PROVIDER					
Healthcare Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.					



Pase a las siguientes dos páginas solo si desea:

- **No permita** que su hijo tenga acceso a Internet con fines de aprendizaje, investigación y comunicación.
- **No permita** que su hijo tenga publicado su nombre, foto, trabajo escolar, premios, reconocimientos, participación, etc.



Distrito Escolar Central de Highland Falls-Fort Montgomery

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA DEL INTERNET

FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO **SOLO** SI USTED

NO DESEA QUE SU HIJO USE EL INTERNET

A cada estudiante de HFFMCSD se le asignará un acceso en la red de computadoras que le proporcionará acceso al software aprobado por el distrito y al Internet. A menos que un padre haya firmado este formulario de "Exclusión del Internet", cada estudiante tendrá acceso a Internet.

El uso adecuado de Internet brinda oportunidades para la investigación, el aprendizaje y la comunicación. Se accede a algunos programas que apoyan el currículo del distrito solo a través del Internet:

- la intervención específica, el enriquecimiento y los recursos curriculares (es decir, i-Ready, Google Classroom) solo se realizan a través del acceso al Internet
- los catálogos de las bibliotecas de cada una de nuestras bibliotecas escolares están disponibles solo a través del acceso al Internet
- las bases de datos de investigación por suscripción están disponibles solo a través del acceso al Internet

El estudiante y sus padres deben leer y discutir las políticas del distrito con respecto a la red de computadoras y el uso de Internet. Mientras HFFMCSD hace todos los esfuerzos posibles para limitar el uso indebido y el software proxy/filtrado utilizado para proteger a los usuarios del acceso a materiales inapropiados, no es posible evitar absolutamente dicho acceso. Se espera que todos los usuarios de la red/Internet utilicen todos los recursos de la red para fines apropiados para el entorno educativo en todo momento. Los usuarios deben abstenerse de cualquier uso que no sea consistente con las políticas, propósitos u objetivos del Distrito Escolar Central de Highland Falls-Fort Montgomery.

Exclusión voluntaria del Internet

Nombre del estudiante (por favor imprimir) _____

Como padre o tutor de este estudiante, solicito que mi hijo NO tenga acceso al Internet a través del acceso de su red escolar.

Entiendo que eso también significa que mi hijo NO tendrá acceso a los catálogos de la biblioteca, los recursos de la base de datos de investigación en línea y los recursos de intervención, enriquecimiento y plan de estudios en línea como i-Ready o Google Classroom.

Firma del padre

Nombre del padre (por favor imprimir)

Fecha



Distrito Escolar Central de Highland Falls-Fort Montgomery

EXCLUSIÓN VOLUNTARIA DE DISTRITO PUBLICACIÓN Y NOTICIAS MEDIOS

Este formulario debe completarse SOLO si **NO** desea que su hijo esté mostrado en los medios de comunicación del distrito.

Cada año, el HFFMCSD solicita que cada padre o tutor reciba un formulario de "exclusión voluntaria" con respecto al uso del nombre o la imagen de su hijo para los medios de comunicación. El Distrito toma fotos y videos de estudiantes involucrados en actividades escolares durante todo el año. El trabajo del estudiante también se puede copiar para usar en el boletín y en los sitios web del distrito o de la escuela. El Distrito puede usar las imágenes en el sitio web del Distrito y en los sitios web de las escuelas individuales, en correo electrónico, en publicaciones impresas y electrónicas, en el boletín escolar individual o en el Canal de Cable del Distrito.

Además, el Distrito permite que los medios externos, incluidos periódicos, televisión y radio, cubran varios eventos escolares. Las imágenes pueden publicarse en forma impresa, en un sitio web o en televisión. La divulgación de información con estas imágenes y/o videos puede incluir:

- Nombre del estudiante
- Grado del estudiante en la escuela
- Títulos, honores y premios recibidos
- Participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos

Si, por algún motivo, no desea que su hijo sea incluido en las imágenes utilizadas en ningún medio externo o por el Distrito, complete el formulario a continuación y devuélvalo al edificio de su hijo antes de la segunda semana de septiembre del año escolar actual. Si es un residente nuevo, devuelva el formulario dentro de los 30 días posteriores al registro de su hijo.

Nombre del estudiante: _____

Fecha: _____

Padre/tutor legal

Nombre: _____

Firma: _____

Relación al niño: _____