



Vision: *HPCSD is an innovative learning community for all.*
Mission: *We empower all learners to be successful members of our dynamic society.*

Hyde Park Central School District · Administration Offices · PO Box 2033, Hyde Park, NY 12538

Phone: (845)229-4000 · Fax: (845) 229-4056 · www.hpcsd.org

Dr. Pedro Roman
Superintendent of Schools

Jessica Turner
Deputy Superintendent

Melissa Lawson
Asst. Superintendent
for Pupil Services

Linda Steinberg
Asst. Superintendent
for Finance & Operations

Estimadas familias:

Los niños que viven en la zona de asistencia del Distrito Escolar Central de Hyde Park (<https://www.hpcsd.org/domain/14>) y tienen 4 años antes del 1 de diciembre de 2025 pueden solicitar la inscripción en el programa de Pre-Kindergarten Universal a partir de septiembre de 2025. No hay costo para este programa de día completo. La inscripción para UPK en Hyde Park comenzará el 10 de febrero de 2025.

Este programa se ofrece en dos ubicaciones:

- Edificio de la Escuela Primaria Hyde Park
- Anexo Holy Trinity (anteriormente St. Peter's School)

Tengan en cuenta que hay un número limitado de espacios disponibles para este programa. Si las inscripciones superan las 163 plazas disponibles, se llevará a cabo un sorteo aleatorio el 2 de mayo de 2025. Las cartas de aceptación se enviarán por correo alrededor del 16 de mayo de 2025 a todas las familias seleccionadas. Después del 2 de mayo de 2025, se creará una lista de espera y las plazas se llenarán por orden de llegada.

La siguiente página de este paquete tiene una lista de formularios que deben completarse y documentos que deben proporcionarse para finalizar el proceso de solicitud.

Se requieren citas para presentar su solicitud.

Por favor, llame al Departamento de Registro de Estudiantes al (845) 229-4000, ext. 1606 o ext. 1607 para concertar su cita. También puede programar su cita en línea en <https://calendar.app.google/yToTPdsDnWxMpcAA7> o puede visitar nuestro sitio web en www.hpcsd.org.

Atentamente,

Melissa Lawson
Superintendente Adjunta de Servicios Estudiantiles

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

**DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE HYDE PARK
INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES**

11 Boice Road, P.O. Box 2033, Hyde Park, NY 12538
Teléfono (845)229-4000 Ext. 1606 or 1607 Fax (845)314-8914
Correo electrónico: hpcsdregistrar@hpcsd.org

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD DE UPK

Nombre del estudiante: _____ Fecha de inscripción: ____/____/____

Nombre de la persona que inscribe al estudiante: _____

Relación con el estudiante: _____ N. ° de teléfono: _____

DOCUMENTOS QUE DEBEN SER PROPORCIONADOS POR EL PADRE O MADRE/TUTOR PARA COMPLETAR LA INSCRIPCIÓN:	INICIALES DEL MIEMBRO DEL PERSONAL
COMPROBANTE DE DOMICILIO: <u>Propietario de vivienda:</u> El recibo de impuestos escolares o de propiedad más reciente Y una factura actual y recurrente con su nombre y dirección por los servicios que recibe en esta dirección (por ejemplo, factura de electricidad, cable, teléfono, etc.). <u>Alquiler en un complejo de apartamentos:</u> Su contrato de arrendamiento actual firmado Y una factura actual y recurrente con su nombre y dirección por los servicios que recibe en esta dirección (por ejemplo, factura de electricidad, cable, teléfono, etc.). <u>Alquiler a un propietario privado:</u> Su contrato de arrendamiento actual Y el recibo de impuestos escolares o de propiedad del propietario Y una factura actual y recurrente con su nombre y dirección por los servicios que recibe en esta dirección (por ejemplo, factura de electricidad, cable, teléfono, etc.). Si no tiene un contrato de arrendamiento formal, su arrendador deberá completar la Declaración Jurada de Residencia adjunta. Esta declaración debe ser otorgada ante un notario. Si los servicios públicos están incluidos en su contrato de arrendamiento, deberá proporcionar una forma adicional de comprobante de domicilio.	
Comprobante de nacimiento: Certificado de nacimiento original O Pasaporte O Documento de identidad del Estado de Nueva York	
Identificación con fotografía del padre/tutor que inscribe al estudiante, que debe incluir: Licencia de conducir O Pasaporte (debe ser actual) O Cédula de identidad del Estado de Nueva York	
Comprobante de vacunación	
Informe del examen físico (debe ser dentro de 1 año de la fecha de inicio en la escuela)	
IEP o Plan 504 actual , si corresponde: por favor, proporcione una copia al registrarse	
Formulario DS2999 (para niños en cuidado de acogida), si corresponde	
Documentos judiciales: como orden de custodia, orden de protección, tutela, etc., si corresponde	
STAC 202 , si corresponde	

FORMULARIOS ADJUNTOS QUE DEBEN COMPLETARSE:	
Formulario de inscripción	
Cuestionario de matrícula/residencia	
FERPA	
Cuestionario sobre el idioma que se habla en el hogar (HLQ)	
Formulario de información de contacto de emergencia	
Formulario de servicios alimenticios	
Declaración jurada de residencia: ÚNICAMENTE si es necesaria para comprobar el domicilio	
Formulario de Medicaid: completar ÚNICAMENTE si su hijo/a recibe Servicios de Educación Especial	
Formulario de transporte	
Kindergarten: Formulario de salud ☐ HMS – Formulario de música/lenguaje ☐ FDR – Formulario de salud ☐ Formulario deportivo ☐	

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA	
Escuela local: ☐ NES ☐ NPE ☐ RRS ☐ VAS ☐ HMS ☐ FDR	Escuela a la que asiste: ☐ NES ☐ NPE ☐ RRS ☐ VAS ☐ HMS ☐ FDR ☐ HPE ☐ HTA
Motivo por el que no asiste a la escuela local: ☐ ENL ☐ Ed. Especial ☐ Sin cupo disponible	Otro: _____

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO

ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA

ESTE RECUADRO ES ÚNICAMENTE PARA EL PERSONAL DEL DISTRITO

Nombre del niño/a: _____ Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre			TIPO DE INSCRIPCIÓN: ☐ Nuevo inscrito ☐ Reinscrito ☐ Cambio de dirección ☐ Cambio de tutor ☐ Eval. CPSE ☐ Traslado CPSE ☐ Eval. CSE		
Dirección del niño/a: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N. ° de teléfono del hogar: _____ ☐ Hogar ☐ Celular			N. de identificación del alumno: _____ Escuela local: _____ Escuela a la que asiste: _____ Fecha de inscripción: ____/____/____		
Sexo: ☐ F ☐ M	Grado: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Fecha de inscripción: ____/____/____		
Ciudad de nacimiento: _____	Estado de nacimiento: _____				
¿Durante cuántos años el/la niño/a ha asistido a la escuela en los Estados Unidos? _____ ¿Fuera de los Estados Unidos? _____					
¿Su hijo/a alguna vez estuvo inscrito/a en HPCSD? ☐ No ☐ Sí			ORIGEN ÉTNICO: ☐ Sí, Hispano ☐ NO, no es Hispano		
RAZA (requerido por el Estado de Nueva York; por favor, marque todas las que correspondan): ☐ Indígena Americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico ☐ De color ☐ Blanco					
TUTOR LEGAL DEL NIÑO/A: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Padre/madre de acogida ☐ Otro: _____					
EL/LA NIÑO/A VIVE CON: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Padre/madre de acogida ☐ Otro: _____					
¿Existe una orden de custodia para el/la niño/a? ☐ Sí ☐ No ¿Existe una Orden de Protección? ☐ Sí ☐ No					

Padre/tutor n. ° 1	Este será el PRIMER padre/tutor contactado
Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Correo electrónico: _____ Dirección residencial: _____ Dirección postal: _____ Teléfono de contacto n. ° 1 del tutor n. ° 1: _____ ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo Teléfono de contacto n. ° 2 del tutor n. ° 1: _____ ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo Teléfono de contacto n. ° 3 del tutor n. ° 1: _____ ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo	
¿El padre o tutor necesita adaptaciones debido a dificultades auditivas? ☐ Sí ☐ No Tipo: _____ ¿Este padre o tutor se encuentra en servicio militar activo? ☐ Sí ☐ No Fecha de ingreso: ____/____/____ Fecha de salida: ____/____/____	

Padre/tutor n. ° 2	Este será el SEGUNDO padre/tutor contactado
Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Correo electrónico: _____ Dirección residencial: _____ Dirección postal: _____ Teléfono de contacto n. ° 1 del tutor n. ° 2: _____ ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo Teléfono de contacto n. ° 2 del tutor n. ° 2: _____ ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo Teléfono de contacto n. ° 3 del tutor n. ° 2: _____ ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo	
¿El padre o tutor necesita adaptaciones debido a dificultades auditivas? ☐ Sí ☐ No Tipo: _____ ¿Este padre o tutor se encuentra en servicio militar activo? ☐ Sí ☐ No Fecha de ingreso: ____/____/____ Fecha de salida: ____/____/____	

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO (Página 2)

Si su hijo/a recibió servicios de Educación Especial antes de inscribirse en este distrito, complete lo siguiente:

Nombre del distrito escolar al que asistió: _____ N. ° de teléfono: _____
Los servicios fueron proporcionados por: _____

MARQUE TODOS LOS SERVICIOS DE APOYO QUE SU HIJO/A RECIBE ACTUALMENTE	
☐ LECTURA	☐ MATEMÁTICA
☐ HABLA	☐ TERAPIA OCUPACIONAL
☐ FISIOTERAPIA	☐ ASESORAMIENTO
☐ PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL	☐ INGLÉS COMO NUEVO IDIOMA

INFORMACIÓN CENSAL				
LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES NECESARIA PARA MANTENER EL CENSO DE LA ESCUELA ACTUALIZADO. POR FAVOR, INCLUYA <u>TODOS</u> LOS NIÑOS/AS DESDE NACIMIENTO A LOS 18 AÑOS DE EDAD, INCLUIDO EL NIÑO/A INSCRITO/A.				
Nombre del niño/a	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela
		__/__/__		
		__/__/__		
		__/__/__		
		__/__/__		
		__/__/__		

Entiendo los requisitos para la inscripción y solicito que mi/s hijo/s sea/n admitido/s en las escuelas del Distrito Escolar Central de Hyde Park. Esta es mi dirección actual y única permanente.

Soy el tutor legal del/os niño/s mencionado/s anteriormente. Estos niños residen conmigo en esta dirección.

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta, y que las declaraciones hechas aquí se realizan bajo pena de condena por falso testimonio, sabiendo que el Distrito Escolar Central de Hyde Park confiará en ellas para determinar si el/os niño/s mencionado/s anteriormente será/n admitido/s en sus escuelas.

Comprendo que, en caso de que se determine que la información contenida en esta declaración jurada es inexacta o falsa, en su totalidad o en parte, el distrito podrá iniciar acciones legales en mi contra para cobrar la tarifa anual de matrícula, determinada por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York, retroactiva a la primera fecha de admisión para cada niño, y podrá emprender acciones legales contra mí por presentar un documento falso.

Comprendo que el distrito se reserva el derecho de investigar la residencia de cualquier estudiante por cualquier medio legal disponible, incluidos, entre otros, registros públicos, visitas al sitio y cualquier otro método legal de investigación.

Comprendo que cualquier declaración falsa realizada aquí es sancionable como un delito menor de Clase A de acuerdo con la Sección 210.45 de la ley penal del Estado de Nueva York y puede ser remitida a la oficina del Fiscal del Distrito.

Firma del padre o madre/ tutor

____/____/____
Fecha

Distrito Escolar Central de Hyde Park
P.O. Box 2033
Hyde Park, NY 12538
Teléfono: (845) 229-4000

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – CUESTIONARIO DE RESIDENCIA

Nombre de la LEA: **HYDE PARK CENTRAL SCHOOL DISTRICT**

Apellido del Estudiante: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Grado actual: _____
Día Mes Año (preescolar – 12)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

La respuesta que proporcione a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios usted o su hijo podrían recibir en virtud de la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes protegidos por la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, incluso si no cuentan con los documentos normalmente requeridos, como comprobante de residencia, registros escolares, registros de vacunación o certificado de nacimiento. Los estudiantes protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

¿Dónde está viviendo actualmente el estudiante? (Marque **una** casilla)

- ☐ En un refugio
☐ Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces llamado "doubled-up")
☐ En un hotel/motel
☐ En un coche, parque, autobús, tren o campamento
☐ Otra situación de vivienda temporal (por favor, describa): _____
☐ En una vivienda permanente

Nombre del padre/tutor en letra de imprenta
O del estudiante si es un joven sin hogar no acompañado

Firma del padre/tutor
O del estudiante si es un joven sin hogar no acompañado

Fecha

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

☐ Nuevo en el distrito	☐ Reingreso	☐ Nueva dirección	☐ Cambio de tutor
Escuela (marque una opción):	☐ FDR ☐ HMS ☐ NES ☐ NPE ☐ RRS ☐ VAS ☐ CPSE ☐ UPK ☐ Educado en el hogar		
	☐ Escuela privada/parroquial: _____		

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Vision: HPCSD is an innovative learning community for all.

Mission: We empower all learners to be successful members of our dynamic society.

Hyde Park Central School District · Administration Offices · PO Box 2033, Hyde Park, NY 12538

Phone: (845)229-4000 · Fax: (845) 229-4056 · www.hpcsd.org

Dr. Pedro Roman
Superintendent of Schools

Jessica Turner
Deputy Superintendent

Melissa Lawson
Asst. Superintendent
for Pupil Services

Linda Steinberg
Asst. Superintendent
for Finance & Operations

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN EN VIRTUD DE LA FERPA

El propósito de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) es proteger la privacidad de la información relacionada con estudiantes individuales mediante la imposición de determinadas restricciones a la divulgación de "información que no es del directorio" contenida en los expedientes educativos de un estudiante. Comprendo que tengo el derecho a no dar mi consentimiento para la divulgación de mis expedientes educativos y tengo el derecho de recibir una copia de dichos expedientes previa solicitud.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

(en letra de imprenta)

Yo, quien suscribe, por la presente autorizo al Distrito Escolar Central de Hyde Park (el "Distrito") a solicitar lo siguiente:

Registros educativos	Registros de salud	IEP (enviar por fax y transferir en IEP Direct)
Evaluaciones psicológicas e informes de servicios relacionados (cualquier evaluación adicional)	Expediente académico, último boletín de calificaciones y calificaciones de salida	Registros de disciplina
Laboratorios de ciencia	Otro:	

De la siguiente Persona y/o Agencia:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

Comprendo que esta autorización permanecerá en vigencia desde hoy hasta que envíe una solicitud por escrito al Distrito para revocar la autorización. También entiendo que revocar la autorización no afectará las divulgaciones realizadas previamente por el Distrito antes de recibir dicha autorización.

Firma del padre/tutor y/o estudiante elegible: _____ Fecha: ____/____/____

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Netherwood Elem. – Tel. 845-229-4055 - Fax 845-229-2797	North Park Elem. – Tel. 845-229-4040 - Fax 845-229-5655
Ralph R. Smith Elem. – Tel. 845-229-4060 - Fax 845-229-2828	Violet Avenue Elem. – Tel. 845-486-4499 - Fax 845-486-7796
Haviland Middle School – Tel. 845-229-4030 - Fax 845-229-4038	Depto. de Ed. Especial - Tel. 845-229-4050 - Fax 845-229-2933
FDR High School Guidance Dpt. – Fax 845-229-2181 – Correo electrónico: Jillfuller@hpcsd.org	

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE HYDE PARK

Cuestionario sobre el idioma que se habla en el hogar (HLQ)

Estimado padre o tutor:

Con el fin de brindarle a su hijo/a la mejor educación posible, necesitamos determinar qué tan bien comprende, habla, lee y escribe en inglés, así como sus antecedentes escolares y personales. Por favor, complete las siguientes secciones tituladas Antecedentes Lingüísticos e Historial Educativo. Agradecemos mucho su ayuda al responder estas preguntas. Gracias.

Por favor, escriba claramente en letra de imprenta al completar esta sección

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____		
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	GÉNERO: ____ Masculino ____ Femenino	
INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE O TUTOR: RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: _____		
APELLIDO: _____	PRIMER NOMBRE: _____	

CÓDIGO DEL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR:

ANTECEDENTES LINGÜÍSTICOS:			
1. ¿Qué idioma/s se habla/n en el hogar o la residencia del estudiante?	0 Inglés	0 Otro _____ <i>Especifique</i>	
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo/a aprendió?	0 Inglés	0 Otro _____ <i>Especifique</i>	
3. ¿Cuál es el idioma materno de cada padre/tutor?	0 Madre _____ <i>Especifique</i> 0 Padre _____ <i>Especifique</i> 0 Tutor/es _____ <i>Especifique</i>		
4. ¿Qué idioma/s comprende su hijo/a?	0 Inglés	0 Otro _____ <i>Especifique</i>	
5. ¿Qué idioma/s habla su hijo/a?	0 Inglés	0 Otro _____ <i>Especifique</i>	0 No habla
6. ¿Qué idioma/s lee su hijo/a?	0 Inglés	0 Otro _____ <i>Especifique</i>	0 No lee
7. ¿Qué idioma/s escribe su hijo/a?	0 Inglés	0 Otro _____ <i>Especifique</i>	0 No escribe

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL DISTRITO EN EL QUE ESTÁ INSCRITO EL ESTUDIANTE

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM
Hyde Park Central School District, PO Box 2033, Hyde Park, NY 12538	
District Name (Number) & School Address	

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
HydePark Central School District, PO Box 2033, Hyde Park, NY 12538	
District Name (Number) & School Address	

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR (HLQ) – PÁGINA 2

HISTORIAL EDUCATIVO:	
8. Indique el número total de años que su hijo/a ha estado inscrito/a en la escuela. _____	
9. ¿Considera que su hijo/a puede tener alguna dificultad o condición que afecte su capacidad para comprender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, descríbalas. ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro En caso afirmativo, explique: _____	
¿Cuán graves considera que son estas dificultades? ☐ Leves ☐ Algo graves ☐ Graves	
10a. ¿Su hijo/a ha sido derivado para una evaluación de educación especial en el pasado? ☐ No ☐ Sí *Por favor, complete 10b a continuación	
10b. Si fue derivado para una evaluación, ¿su hijo/a alguna vez ha recibido algún servicio de educación especial en el pasado? ☐ No ☐ Sí – Tipo de servicio recibido: _____ Edad a la que se recibieron los servicios (marque todas las que correspondan) ☐ Nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) ☐ 3 a 5 años (Educación Especial) ☐ 6 años o más (Educación Especial)	
10c. ¿Su hijo/a tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP)? ☐ No ☐ Sí	
11. ¿Hay algo más que considere que es importante que la escuela sepa sobre su hijo/a? (por ejemplo, talentos especiales, afecciones de salud, etc.) _____	
12. ¿En qué idioma le gustaría recibir información de la escuela? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro (especifique) _____	

Fecha: ____/____/____

Firma del padre/madre o tutor _____

Relación con el estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro (especifique): _____

ENTRADA OFICIAL ÚNICAMENTE – NOMBRE/CARGO DEL MIEMBRO DEL PERSONAL QUE ADMINISTRA EL HLQ	
NOMBRE: _____ CARGO: _____	
SI SE PROPORCIONA UN INTÉRPRETE, INDIQUE EL NOMBRE, CARGO Y CREDENCIALES: _____	
NOMBRE/CARGO DEL MIEMBRO DEL PERSONAL CUALIFICADO QUE REvisa EL HLQ Y LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL	
NOMBRE: _____ CARGO: _____	
Entrevista oral necesaria ☐ No ☐ Sí	
Fecha de la entrevista individual: ____/____/____	
Resultado de la entrevista individual: ☐ Administrar NYSITELL ☐ Domina el inglés ☐ Derivar al Equipo de Dominio del Idioma	
NOMBRE/CARGO DEL MIEMBRO DEL PERSONAL QUE ADMINISTRA EL EXAMEN NYSITELL	
NOMBRE: _____ CARGO: _____	
FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE NYSITELL: ____/____/____	NIVEL DE DOMINIO ALCANZADO EN EL EXAMEN NYSITELL: ☐ Principiante ☐ Emergente ☐ En transición ☐ En expansión ☐ Competente
PARA LOS ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES, INDICAR LAS ADAPTACIONES, SI CORRESPONDE, ADMINISTRADAS DE CONFORMIDAD CON EL IEP SEGÚN LA RECOMENDACIÓN DEL CSE.	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__

DIRECCIÓN: _____

Escuela: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____ Ruta del autobús (emitida por el departamento de Transporte)

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

El estudiante reside con (marque todas las que correspondan) ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: _____

Padre/Tutor # 1 (PRIMER padre/tutor que debe ser contactado)

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Dirección: _____

N. ° de teléfono al que se debe llamar en primer lugar: _____ ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Celular

N. ° de teléfono al que se debe llamar en segundo lugar: _____ ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Celular

N. ° de teléfono al que se debe llamar en tercer lugar: _____ ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Celular

Correo electrónico: _____ ☐ Hogar ☐ Trabajo

Padre/Tutor # 2 (SEGUNDO padre/tutor que debe ser contactado)

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Dirección: _____

N. ° de teléfono al que se debe llamar en primer lugar: _____ ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Celular

N. ° de teléfono al que se debe llamar en segundo lugar: _____ ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Celular

N. ° de teléfono al que se debe llamar en tercer lugar: _____ ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Celular

Correo electrónico: _____ ☐ Hogar ☐ Trabajo

PERSONAS A LAS QUE SE DEBE LLAMAR SI EL PADRE/TUTOR NO ESTÁ DISPONIBLE:

1. NOMBRE: _____ Relación con el estudiante: _____

¿Esta persona tiene permitido retirar al estudiante de la escuela? ☐ Sí ☐ No

N. ° DE TELÉFONO CELULAR: _____ OTRO N. ° DE TELÉFONO: _____ ☐ Hogar ☐ Trabajo

2. NOMBRE: _____ Relación con el estudiante: _____

¿Esta persona tiene permitido retirar al estudiante de la escuela? ☐ Sí ☐ No

N. ° DE TELÉFONO CELULAR: _____ OTRO N. ° DE TELÉFONO: _____ ☐ Hogar ☐ Trabajo

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA – PÁGINA 2

INFORMACIÓN MÉDICA:

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Preferencia de hospital: _____

¿Algún problema de salud especial (es decir, alergias, etc.)? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique: _____

Enumere los medicamentos actuales:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

SALIDA DE EMERGENCIA:

En caso de una salida de emergencia durante el día escolar, ¿a dónde debería ser transportado su hijo/a?

☐ HOGAR ☐ UBICACIÓN ALTERNATIVA - *NOTA: La ubicación alternativa **debe** estar dentro de la zona de asistencia de la escuela.*

INFORMACIÓN SOBRE EL LUGAR ALTERNATIVO:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR EN LETRA DE IMPRENTA: _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA



Vision: *HPCSD is an innovative learning community for all.*
Mission: *We empower all learners to be successful members of our dynamic society.*

Hyde Park Central School District · Administration Offices · PO Box 2033, Hyde Park, NY 12538

Phone: (845)229-4000 · Fax: (845) 229-4056 · www.hpcsd.org

Dr. Pedro Roman
Superintendent of Schools

Jessica Turner
Deputy Superintendent

Melissa Lawson
Asst. Superintendent
for Pupil Services

Linda Steinberg
Asst. Superintendent
for Finance & Operations

DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA

Nota: Esta declaración jurada debe ser completada por el propietario o arrendatario cuando una persona alquila un apartamento o habitación(es) dentro de una vivienda o apartamento de propiedad privada, incluida su propia vivienda, o comparte una casa o apartamento con otra familia donde no hay un contrato formal de arrendamiento.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA toda la información:

Mi nombre es _____ y soy el propietario legal o arrendatario de este domicilio:

Adjunte una copia de su factura de impuestos escolares o de propiedad, escritura, estado de cuenta de la hipoteca o contrato de arrendamiento

¿Qué parte de su hogar ocupan estos inquilinos? (Ejemplo: apartamento en el sótano, primer piso, número de apartamento, número de habitaciones en la vivienda, etc.):

Los términos y condiciones de arrendamiento son los siguientes:

Fecha de inicio del contrato de arrendamiento: ____/____/____ Fecha de finalización del contrato de arrendamiento: ____/____/____ O, Fecha de inicio de mes a mes: ____/____/____, O Residiendo temporalmente en mi hogar/apartamento debido a la pérdida de vivienda a partir del ____/____/____.

Entiendo los requisitos para la inscripción y solicito que el/los siguiente/s niño/s sea/n admitido/s en las escuelas del Distrito Escolar Central de Hyde Park como residente del distrito:

Según mi leal saber, la propiedad mencionada previamente es la única residencia actual y legal de _____ (nombre del padre o madre/tutor) y el custodio(s) del niño(s) mencionados previamente.

La siguiente es una lista de nombres de TODAS las personas que residen en este domicilio:

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta, y que las declaraciones realizadas en este documento se hacen bajo pena de condena por falso testimonio, y soy consciente de que el Distrito Escolar Central de Hyde Park se basará en ellas para determinar si el/los niño/s mencionado/s anteriormente serán admitidos en sus escuelas. Entiendo que, en caso de que se determine que la información contenida en esta declaración jurada es inexacta o falsa, en su totalidad o en parte, el distrito puede iniciar acciones legales en mi contra para cobrar la tarifa anual retroactiva al primer día de admisión para dicho/s niño/s y/o iniciar acciones penales en mi contra por presentar un documento falso.

Las tarifas anuales más recientes, según lo determinado por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York, son las siguientes: (tenga en cuenta que estas tarifas son estimadas y ajustadas anualmente)

Grados K-6 = \$11,350 Grados 7-12 = \$14,261

NOTA: La siguiente declaración, requisito de firma y requisito de formalización ante notario se aplican a todas las secciones de este formulario, y deben cumplirse para que la solicitud sea aceptada.

Como propietario de la propiedad y/o arrendador, certifico que notificaré a la Oficina Central de Registro del Distrito Escolar Central de Hyde Park (Hyde Park Central School District Central Registration Office), PO Box 2033, Hyde Park, NY 12538, dentro de los 30 días posteriores a la terminación de este arreglo de convivencia.

Firma del propietario de la propiedad y/o arrendador

____/____/____
Fecha

Nombre de propietario/arrendador/arrendatario en letra de imprenta

Número de teléfono del propietario/arrendador/arrendatario

Dirección del propietario/arrendador/arrendatario: _____

Correo electrónico: _____

Jurado ante mí a los

días de

_____ de

20 _____

Notario Público

Distrito Escolar Central de Hyde Park
Comité de Educación Especial
P.O. Box 2033
Hyde Park, NY 12538
(845)229-4050 x 1611

Consentimiento para Medicaid

Estimado padre o madre/tutor:

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Número de Identificación del Cliente (CIN): _____

Se solicita su permiso (consentimiento) para facturar a su Programa de Seguro Medicaid o al de su hijo/a por los servicios de educación especial y servicios relacionados que figuran en el Programa de Educación Individualizado (IEP) de su hijo/a y para pedirle que nos proporcione el Número de Identificación del Cliente (CIN, por sus siglas en inglés) de su hijo/a o que nos permita obtener el CIN en caso de que no lo conozca.

Este consentimiento permite al distrito escolar o al condado facturar a Medicaid por servicios de salud cubiertos y divulgar información al Agente de Facturación de Medicaid del distrito escolar o del condado para tal fin.

Yo, _____ como padre o madre/tutor de _____, he recibido una notificación del distrito escolar/condado en la que se explican mis derechos federales en relación con el uso de beneficios públicos o seguros para pagar determinados servicios de educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y estoy de acuerdo en que el distrito escolar/condado puede solicitar un Número de Identificación del Cliente (CIN), verificar la elegibilidad para Medicaid y/o acceder a Medicaid para pagar los servicios de educación especial y servicios relacionados proporcionados a mi hijo/a.

Comprendo que:

- Brindar mi consentimiento no afectará la cobertura de Medicaid de mi hijo/a;
- Previa solicitud, puedo revisar las copias de los registros divulgados de conformidad con esta autorización;
- Los servicios indicados en el IEP de mi hijo/a deben ser proporcionados sin costo alguno para mí, ya sea que dé mi consentimiento para facturar a Medicaid y/o proporcione el CIN de mi hijo/a o no;
- Tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento; y
- El distrito escolar/condado debe proporcionarme una notificación escrita anual de mis derechos con respecto a este consentimiento.

También otorgo mi consentimiento para que el distrito escolar/condado divulgue los siguientes registros/información sobre mi hijo/a a la Agencia de Medicaid del Estado con el propósito de verificar la elegibilidad para Medicaid y/o facturar por servicios de educación especial y servicios relacionados que estén en el IEP de mi hijo/a. Se compartirán los siguientes registros:

Registros que se compartirán (por ejemplo, registros o información sobre los servicios que su hijo/a recibe, información demográfica del estudiante):	
IEP	Informe de administración de medicamentos
Remisión escrita/oral	Registro de transporte especial
Informes de evaluación	Otra información de identificación personal
Notas sobre sesiones	Cualquier otro registro específico relativo a los servicios o al programa del estudiante

CIN del estudiante, si se conoce: _____

Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También comprendo que el derecho de mi hijo/a a recibir servicios de educación especial y servicios relacionados no depende de que yo otorgue mi consentimiento y que, independientemente de mi decisión de proporcionar este consentimiento, todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo/a se le brindarán sin costo alguno para mí.

Firma del padre o madre/tutor: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE HYDE PARK
FORMULARIO DE TRANSPORTE PARA PRE-KINDERGARTEN UNIVERSAL

APELLIDO DEL NIÑO/A: _____ PRIMER NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

GRADO: PRE-KINDERGARTEN UNIVERSAL

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____

NOMBRE DEL PADRE/MADRE: _____ N. ° TELÉFONO CELULAR: _____ N. ° DEL HOGAR: _____

NOMBRE DEL PADRE/MADRE: _____ N. ° TELÉFONO CELULAR: _____ N. ° DEL HOGAR: _____

ESCUELA A LA QUE ASISTE: _____ AÑO ESCOLAR: _____

¿SU HIJO/A REQUIERE TRANSPORTE HACIA Y DESDE LA ESCUELA? ☐ SÍ ☐ NO

MI HIJO/A SERÁ RECOGIDO/A EN: _____ HOGAR _____ GUARDERÍA _____ UBICACIÓN ALTERNATIVA _____
SI SU HIJO/A SERÁ RECOGIDO/A EN OTRA UBICACIÓN QUE NO ES EL HOGAR, COMPLETE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DEL ADULTO PRESENTE EN LA OTRA UBICACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS DÍAS EN QUE SERÁ RECOGIDO/A EN ESTA UBICACIÓN:

LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SEGÚN SEA NECESARIO

MI HIJO/A SERÁ DEJADO/A EN: _____ HOGAR _____ GUARDERÍA _____ UBICACIÓN ALTERNATIVA _____
SI SU HIJO/A SERÁ DEJADO/A EN OTRA UBICACIÓN QUE NO ES EL HOGAR, COMPLETE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DEL ADULTO PRESENTE EN LA OTRA UBICACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS DÍAS EN QUE SERÁ DEJADO/A EN ESTA UBICACIÓN:

LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SEGÚN SEA NECESARIO

FIRMA DEL PADRE O MADRE: _____ FECHA: ____/____/____

NOTA: LOS CAMBIOS REQUIEREN UN FORMULARIO ACTUALIZADO - LA RUTA ASIGNADA SERÁ DETERMINADA POR EL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE

Revisado en enero de 2022 Ruta para recoger: _____ Ruta para dejar: _____

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Vision: HPCSD is an innovative learning community for all.

Mission: We empower all learners to be successful members of our dynamic society.

Hyde Park Central School District · Administration Offices · PO Box 2033, Hyde Park, NY 12538

Phone: (845)229-4000 · Fax: (845) 229-4056 · www.hpcsd.org

Dr. Pedro Roman
Superintendent of Schools

Jessica Turner
Deputy Superintendent

Melissa Lawson
Asst. Superintendent
for Pupil Services

Linda Steinberg
Asst. Superintendent
for Finance & Operations

Derechos de los padres a la derivación y evaluación para Servicios o Programas de Educación Especial

El Distrito Escolar Central de Hyde Park ofrece apoyo a los estudiantes en educación general, como servicios psicológicos, modificaciones en el plan de estudios y en la instrucción y Servicios de Intervención Académica (AIS). El equipo de Respuesta a la Intervención (RtI) de la escuela de su hijo/a puede realizar una derivación al Comité de Educación Especial (CSE) si las intervenciones no han tenido éxito. Además, los padres y tutores tienen el derecho de derivar a su hijo/a al Comité de Educación Especial (CSE). Una derivación es una declaración escrita en la que se solicita que el distrito escolar evalúe a su hijo/a para determinar si necesita servicios de educación especial. Esta declaración escrita debe dirigirse a:

Joanna Murphy
Director of Special Education
P.O. Box 2033
Hyde Park, NY 12538

Existe el requisito de que el director del edificio se ofrezca a reunirse con usted para conversar sobre otras formas de ayudar a su hijo/a. Como resultado, puede retirar su derivación o solicitar que el proceso de derivación continúe.

Se encuentra disponible información adicional en inglés y español en un documento llamado A Parent's Guide to Special Education (Guía para Padres sobre Educación Especial) en www.nysed.gov.

ESAT PAGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Vision: HPCSD is an innovative learning community for all.

Mission: We empower all learners to be successful members of our dynamic society.

Hyde Park Central School District · Administration Offices · PO Box 2033, Hyde Park, NY 12538
Phone: (845)229-4000 · Fax: (845) 229-4056 · www.hpcsd.org

Dr. Pedro Roman
Superintendent of Schools

Jessica Turner
Deputy Superintendent

Melissa Lawson
Asst. Superintendent
for Pupil Services

Linda Steinberg
Asst. Superintendent
for Finance & Operations

Declaración de no discriminación del Título IX

El Distrito Escolar Central de Hyde Park no discrimina por motivos de sexo y prohíbe la discriminación sexual en cualquier programa o actividad educativa que opere, según lo exige el Título IX y sus regulaciones, incluso en la admisión y el empleo.

Las consultas sobre el Título IX pueden remitirse al Coordinador del Título IX del distrito, a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Educación de EE. UU., o a ambos. El Coordinador del Título IX del Distrito es el Director de Recursos Humanos, a quien se puede contactar en; HR@hpcsd.org o por teléfono 845-229-4000, y la información de contacto de OCR es <https://ocras.ed.uov/contact-ocr>.

El distrito tiene varias políticas distritales que analizan aspectos de no discriminación y procedimientos de quejas. Estos se encuentran referenciados a continuación.

Para reportar información sobre conductas que puedan constituir discriminación sexual o presentar una queja por discriminación sexual bajo el Título IX, consulte los anexos de políticas (formularios) a los que se hace referencia a continuación.

Referencia cruzada:

0100 No discriminación e igualdad de oportunidades
0110.2-E Anexo sobre acoso sexual de empleados (formulario)
0115 Prevención e Intervención del Bullying y Acoso Estudiantil
0115-E Anexo de intervención y prevención del acoso y la intimidación estudiantil (formulario)
5030 Quejas de estudiantes
5300 Código de conducta
9140.1 Empleados y quejas del personal

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Año escolar 2024-2025

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

NOTAS:

Todos los niños deben estar vacunados según su edad para asistir a la escuela en el estado de Nueva York. La cantidad de dosis depende del programa recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunas deben corresponder al [Calendario de Vacunación de Niños y Adolescentes Recomendado por el ACIP](#). Las dosis aplicadas antes de la edad mínima o de los intervalos mínimos no son válidas y no se tienen en cuenta al calcular la cantidad de dosis que se mencionan abajo. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir los requisitos de vacunación de los grados para los que son equivalentes en edad.

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

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



Department
of Health

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 (tOPV) se tiene en cuenta para los requisitos de la vacuna antipoliomielítica en las escuelas del Estado de Nueva York. Las dosis de OPV aplicadas antes del 1 de abril de 2016 deben incluirse a menos que se indiquen específicamente como monovalentes, bivalentes o como aplicadas durante una campaña de vacunación contra el virus de la poliomielitis. Las dosis de OPV aplicadas a partir del 1 de abril de 2016 no deben incluirse.
5. Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR). (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna MMR debe haberse aplicado a partir del primer año de edad. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
- b. Sarampión: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
- c. Paperas: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
- d. Rubéola: Se necesita por lo menos una dosis para todos los grados (prekindergarten hasta 12.º grado).
6. Vacuna contra la hepatitis B
 - a. La primera dosis puede aplicarse al nacer o en cualquier momento después. La segunda dosis debe aplicarse al menos 4 semanas (28 días) después de la primera dosis. La tercera dosis debe aplicarse al menos 8 semanas después de la segunda dosis Y al menos 16 semanas después de la primera dosis, PERO no antes de las 24 semanas (cuando se apliquen 4 dosis, reemplazar "cuarta dosis" por "tercera dosis" en estos cálculos).
 - b. Dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) aplicadas con al menos 4 semanas de diferencia entre los 11 y 15 años cumplirán el requisito.
7. Vacuna contra la varicela. (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela debe haberse aplicado a partir del primer año. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
 - b. Para los niños menores de 13 años, el intervalo mínimo recomendado entre dosis es de 3 meses (si la segunda dosis se aplicó por lo menos 4 semanas después de la primera dosis, se puede aceptar como válida); para los mayores de 13 años, el intervalo mínimo es de 4 semanas.
8. Vacuna antimeningocócica conjugada ACWY (MenACWY). (Edad mínima para 7 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