

EAST RAMAPO CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Central Registration
105 South Madison Ave.
Spring Valley, NY 10977



Paquete de Matricula

Favor de leer y completar este paquete y se tiene que entregar en persona a la oficina de Registración Central. Se debe llenar un paquete por estudiante.

POR FAVOR ESCRIBA SOLAMENTE EN BOLIGRAFO/PLUMA NEGRA O AZUL.

Gracias,

Personal de la Oficina de Registración Central.



East Ramapo Central School District

105 S. Madison Ave, Spring Valley, NY 10977 T: (845)577-6000

Estimados padres y tutores:

¡Bienvenidos a East Ramapo!

Adjunto encontrará formularios y documentación para facilitar el registro de su hijo/a. Para completar el registro, el distrito requiere la siguiente documentación junto con este paquete completado (en tinta azul o negra). Este paquete incluye instrucciones paso a paso y más detalles para completar el registro de su hijo/hijos.

Por favor, proporcione los documentos que se enumeran a continuación:

1. **Identificación del estudiante:** esto puede ser un pasaporte, acta de nacimiento o identificación consular (una lista detallada se encuentra en las siguientes páginas).
2. **Identificación del padre/tutor:** esto puede ser un pasaporte, acta de nacimiento o licencia. (una lista detallada se encuentra en la siguiente página). **NOTA:** Los tutores DEBEN proporcionar prueba legal de la tutela del niño.
3. **Prueba/s de domicilio:** deberá proporcionar dos pruebas legales de domicilio. Una lista detallada de las pruebas aceptadas se encuentra en las siguientes páginas. **NOTA:** Si alquila/subarrienda un cuarto, por favor haga que la persona que supervisa la vivienda complete una declaración jurada de residencia *notariada* (incluida en este paquete).
4. **TODOS ESTOS DOCUMENTOS DEBERÍAN ESTAR DISPONIBLES EN EL MOMENTO DEL REGISTRO.** (Por favor notifique al personal de registro antes de su cita si **no** puede proporcionar alguno de los documentos requeridos para que puedan ayudar con una solución alternativa).
5. **Si el estudiante asistió a otra escuela dentro de los Estados Unidos,** por favor esté listo para proporcionar la información de la escuela previa, incluyendo el nombre de la escuela, teléfono y dirección. También notifique al registrador si su hijo tiene un IEP (programa educativo individualizado).
6. **POR FAVOR NOTIFIQUE AL PERSONAL DE REGISTRO SI SU HIJO HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A UNA ESCUELA EN EAST RAMAPO.**

Tenga en cuenta: East Ramapo CSD se reserva el derecho de denegar cualquiera de los documentos proporcionados por razones como fechas de vencimiento, ilegibilidad, mojado/roto o incompleto.

Esperamos trabajar con usted.

Atentamente,

El equipo de registro.

Introducción

Todos los niños que cumplan con los requisitos de edad y residencia establecidos por la ley estatal tienen derecho a asistir a la escuela, ya sean ciudadanos estadounidenses, extranjeros documentados o niños y jóvenes inmigrantes indocumentados.

Lista de verificación de requisitos de inscripción

La inscripción inicial del niño se realizará el siguiente día escolar después de la solicitud de inscripción o tan pronto como sea posible. Sin embargo, si el distrito puede determinar que no hay residencia a partir de la documentación proporcionada el día de la solicitud inicial, el niño no será inscrito. Después de la solicitud de inscripción, usted tendrá 3 días hábiles para presentar prueba de custodia, residencia y edad del estudiante utilizando los tipos de documentación listados a continuación. Si no presenta la prueba requerida, su hijo no recibirá la inscripción final en el distrito.

Prueba de edad – DEBE ser una copia certificada

- Certificado de nacimiento (certificado), incluyendo certificado de nacimiento extranjero (con sello); o certificado religioso (certificado de bautismo o de Bris).
- Si no se dispone de los documentos anteriores:
 - Pasaporte (incluido el pasaporte extranjero) que muestre la fecha de nacimiento del menor.
- Si no se dispone de ninguno de los documentos mencionados anteriormente, se considerarán los siguientes:
 - Tarjeta de residente permanente / tarjeta verde.
 - Licencia de conducir oficial.
 - Identificación emitida por el estado u otro gobierno.
 - Identificación escolar con foto y fecha de nacimiento.
 - Tarjeta de identificación consular.
 - Registros hospitalarios o médicos (en la ciudad de Nueva York, registros de nacimiento del hospital).
 - Tarjeta de identificación de dependiente militar.
 - Órdenes judiciales emitidas por agencias federales, estatales o locales.
 - Documentos emitidos por tribunales.
 - Documento tribal de nativos americanos.
 - Registros de agencias internacionales sin fines de lucro y agencias voluntarias (VOLAGS).

A excepción de certificados de nacimiento, certificados religiosos y pasaportes, la documentación de edad debe tener al menos dos años de antigüedad.

Prueba de inmunización

Tiene treinta (30) días para entregar a la enfermera escolar el mes, día y año de la inmunización conforme al Estado de Nueva York, firmada por el médico o clínica. Si no se presenta la documentación después de este período, el estudiante puede ser excluido de la escuela hasta que se obtenga la documentación/inmunización.

Prueba de identificación del padre/madre o tutor

El padre, madre, tutor o persona en relación parental DEBE estar presente en el momento de la inscripción y proporcionar una identificación válida como:

- Licencia de conducir.
- Identificación con foto emitida por el gobierno.
- Formulario DSS-299.

Prueba de residencia

Debe proporcionar al menos una forma de prueba de residencia de la lista A o B. Además, proporcione al menos un documento adicional de la lista C a continuación.

A. Propietario de casa/condominio

- Estado de hipoteca
- Escritura
- Documentos de cierre

B. Inquilino

- Contrato de arrendamiento
- Declaración jurada o declaración no jurada del propietario
- Declaración jurada o no jurada del propietario o inquilino con quien el padre/persona en relación parental alquila o comparte la propiedad
- Declaración de cualquier otra parte que establezca la presencia física del(los) padre(s) o persona en relación parental en el distrito

C. Otra documentación de residencia

Además de proporcionar al menos un elemento de la lista A o B, proporcione al menos un documento adicional que demuestre la residencia, si está disponible. A continuación, se presenta una lista de ejemplos de documentación que puede utilizarse. Tenga en cuenta que esta lista es solo orientativa y que el distrito considerará otros tipos de documentación. Esta lista no es exhaustiva ni representa documentos requeridos obligatoriamente.

Ejemplos:

- Talón de pago
- Formulario de impuestos sobre la renta
- Factura de servicios públicos (gas/luz/aceite, por ejemplo, Orange and Rockland)
- Otras facturas (como agua, teléfono fijo – Verizon, Optimum, etc. – televisión por cable o digital – Cablevision, DirecTV, etc. – o factura de proveedor de Internet – Verizon, AOL, etc.)
- Documentos de membresía
- Licencia de conducir oficial, permiso de aprendizaje o identificación para no conductores
- Identificación emitida por el estado u otro gobierno

- Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, agencias de servicios locales, oficina federal de reasentamiento de refugiados)
- Prueba de custodia del niño, incluyendo, pero no limitado a órdenes judiciales de custodia o documentos de tutela

Nota: el distrito será flexible al considerar diferentes tipos de documentación de residencia. Toda documentación presentada será considerada. Sin embargo, el distrito ha encontrado que los siguientes tipos de documentos son menos confiables como prueba de residencia: chequeras, estados de cuenta bancarios, estados de cuenta de tarjetas de crédito, declaraciones de seguros de auto/tarjetas, facturas de teléfono celular, notas de auto o estados de préstamo (excepto préstamos hipotecarios).

Prueba de relación parental/custodia

Una declaración jurada de los padres o personas en relación parental que incluya:

1. Que son los padres con quienes el niño reside legalmente; o
2. Que son las personas en relación parental con el niño, sobre quien tienen custodia y control total y permanente, y describiendo cómo obtuvieron esa custodia y control, ya sea mediante tutela u otro medio

También se acepta documentación que indique que el niño reside con un patrocinador con quien fue colocado por una agencia federal.

Documentos de tutela u órdenes de custodia firmadas por el juez o funcionario judicial (esta documentación específica no es requerida, pero es una forma de prueba de la relación parental que puede utilizarse).

Documentos adicionales

Por favor, entregue cualquier registro escolar previo, boletas de calificaciones u otros documentos relevantes sobre la educación de su hijo, ya que esto nos ayudará a colocarlo en el grado y clase adecuados.

**POR FAVOR COMPLETE ESTE PAQUETE SOLO CON TINTA AZUL O NEGRA.
ESTE PAQUETE Y TODA LA DOCUMENTACIÓN PROPORCIONADA SERÁN
COPIADOS Y GUARDADOS EN EL ARCHIVO DE SU HIJO.**

Distrito Escolar East Ramapo Central
Formulario de Matricula

INFORMACIÓN DEL HOGAR DEL ESTUDIANTE

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

*Dirección postal, si es diferente _____

Numero de Teléfono: _____

Prueba de Residencia:

☐ Contrato de alquiler ☐ Hipoteca ☐ Declaración jurada de residencia ☐ Otros Documentos

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

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

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

Raza: ☐ Indio Americano / Nativos de Alaska ☐ Asiático ☐ Afroamericano / Negro ☐ Islas del Pacifico
☐ Blanco ☐ Otro _____

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

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

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

En caso afirmativo, ¿a qué escuela? _____

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

Información de la Escuela anterior:

Nombre de la escuela: _____

Dirección: _____

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

INFORMACION DE MADRE / TUTOR

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

Parentesco con el estudiante _____

1. Teléfono _____ Tipo de Teléfono: ☐Celular ☐Trabajo

2. Teléfono _____ Tipo de Teléfono: ☐Celular ☐Trabajo

Correo electrónico _____

¿Vive en el hogar? ☐Si ☐No

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

Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACION DE PADRE / TUTOR

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

Parentesco con el estudiante _____

1. Teléfono _____ Tipo de Teléfono: ☐Celular ☐Trabajo

2. Teléfono _____ Tipo de Teléfono: ☐Celular ☐Trabajo

Correo electrónico _____

¿Vive en el hogar? ☐Si ☐No

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

Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (Otro familiar, amigo, vecino o niñera)

1. Nombre _____ Genero: ☐Femenino ☐Masculino

Parentesco con el estudiante _____

Teléfono _____ Tipo de Teléfono: ☐Celular ☐Hogar ☐Trabajo

2. Nombre _____ Genero: ☐Femenino ☐Masculino

Parentesco con el estudiante _____

Teléfono _____ Tipo de Teléfono: ☐Celular ☐Hogar ☐Trabajo



Office of Bilingual Education and World Languages

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

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

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

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
		☐ Masculino
		☐ Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

HOME LANGUAGE CODE

Conocimientos de idiomas (Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)		
1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	☐ Inglés	☐ Otro _____ especifique
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	☐ Inglés	☐ Otro _____ especifique
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	☐ Padre 1 _____ especifique	☐ Padre 2 _____ especifique
	☐ Tutor(es) _____ especifique	
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro _____ especifique
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro _____ especifique
		☐ No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro _____ especifique
		☐ No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro _____ especifique
		☐ No sabe escribir

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo	
8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____	
9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos. Sí* No No se sabe ☐ ☐ ☐ * En caso afirmativo, por favor explique: _____ ¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ☐ Poca gravedad ☐ Algo grave ☐ Muy grave	
10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? ☐ No ☐ Sí* <i>*Por favor, llene 10b.</i>	
10b. <i>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?</i> ☐ No ☐ Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____	
Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables): ☐ De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) ☐ 3 a 5 años (Educación Especial) ☐ 6 años o mayor (Educación Especial)	
10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? ☐ No ☐ Sí	
11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.) 	
12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____	

Firma de un padre o de la persona en relación paternal

Mes: _____ Día: _____ Año: _____
Fecha

Relación con el estudiante: ☐ Padre ☐ Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: ☐ No ☐ Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: Mo. Day Yr.	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: ☐ ADMINISTER NYSITELL ☐ ENGLISH PROFICIENT ☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: Mo. Day Yr.	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ☐ ENTERING ☐ EMERGING ☐ TRANSITIONING ☐ EXPANDING ☐ COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

Si aplicable

East Ramapo Central School District
Office of Central Registration
105 S. Madison Ave. Spring Valley, NY 10977
Phone: (845) 577-6065

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA / DECLARACIÓN JURADA

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

ESTADO DE NUEVA YORK
CONDADO DE ROCKLAND
CIUDAD DE RAMAPO

Yo _____ declaro que _____

(Nombre del dueño/ arrendador / propietario)

(Nombre de madre, padre, o tutor)

Y el estudiante, _____ Fecha de Nacimiento: _____

_____ Fecha de Nacimiento: _____

_____ Fecha de Nacimiento: _____

_____ Fecha de Nacimiento: _____

_____ Fecha de Nacimiento: _____

Han establecido su residencia conmigo en:

Dirección: _____ Apartamento: _____

Cuidad: _____ Estado: Nueva York Código Postal: _____

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

Firma del Dueño/ Propietario/ arrendador

Firma del inquilino (madre/padre o tutor)

Jurada ante mi hoy

Jurada ante mi hoy

Día _____ de _____, 20____

Día _____ de _____, 20____

(NOTARIO)

(NOTARIO)

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

East Ramapo Central School District
Office of Central Registration
105 S. Madison Ave. Spring Valley, NY 10977
Phone: (845) 577-6065

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

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

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

East Ramapo Central School District
Office of Central Registration
105 S. Madison Ave. Spring Valley, NY 10977
Phone: (845) 577-6065

If applicable

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA DE TERCERA PERSONA

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

Presento esta declaración de residencia al Distrito Escolar Central de East Ramapo para verificar personalmente que,

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

Y su(s) hijo(s) _____
(Nombre(s) del(los) niño(s))

residen en _____
(Dirección)

Han residido en esta dirección desde _____. Estoy personalmente
(Fecha)

familiarizado(a) con su residencia actual porque (Explique cómo conoce a la familia y cómo sabe dónde viven): _____

Entiendo que este documento será presentado al Distrito Escolar Central de East Ramapo y que se utilizará para ayudar a determinar si el/los niño(s) mencionado(s) anteriormente tiene(n) derecho legal a asistir a la escuela como residente(s).

Firma

Fecha



EAST RAMAPO CENTRAL SCHOOL DISTRICT

105 S. Madison Avenue
Spring Valley, NY 10977

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Last

First

Middle

Genero: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Grado: ____ ID: ____
Mes Dia Año (Preescolar-12)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Las siguientes respuestas ayudarán al distrito a determinar qué servicios usted o su hijo podría recibir bajo la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento tienen derecho a inscripción inmediata en la escuela, incluso si no tienen los documentos que normalmente se necesitan, tales como prueba de residencia, registros escolares, registros de vacunación, o certificado de nacimiento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

¿Dónde está viviendo el estudiante actualmente? (Por favor marque una casilla.)

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

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

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

Fecha

EAST RAMAPO CENTRAL SCHOOL DISTRICT
105 South Madison Avenue, Spring Valley, NY 10977
Historial de salud del nuevo participante

Autorización de salud/seguridad para participar en educación física

Basado en las Secciones 903 y 3204 de las Leyes de Educación

A la espera de recibir un formulario de historial médico y examen físico completo de su proveedor de atención médica, le pedimos que proporcione la siguiente información.

Apellido/Nombre del estudiante Fecha de nacimiento Grado/Clase

¿Su hijo tiene antecedentes de lo siguiente:

En caso afirmativo, explique:

Alergias	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Asma	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Convulsiones	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Problema de visión	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Problema de audición	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Escoliosis	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Cirugía	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Enfermedad grave	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Lesiones graves	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Diabetes	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Enfermedad mental	Sí _____ No _____	Fecha: _____
TDA/TDAH	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Anomalía cardíaca	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Hipertensión	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Obesidad	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Tuberculosis o PPD positivo	Sí _____ No _____	Fecha: _____
Anemia falciforme	Sí _____ No _____	Fecha: _____

Antecedentes familiares de enfermedad cardíaca: Sí _____ No _____ Explain _____

¿Su hijo está actualmente bajo tratamiento médico?: Sí _____ No _____

En caso afirmativo, explique lo siguiente:

Fecha del último examen físico: _____ Nombre del médico _____

¿Su hijo toma medicamentos de forma regular? En caso afirmativo, anote el medicamento, la dosis y la frecuencia:

Nombre de la persona que completa el formulario Relación con el niño Fecha de firma

Verificación de inmunización

ESCUELA: _____ FECHA _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ DATE DE
BIRTH _____

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

Su hijo es admitido en el Distrito Escolar Central de East Ramapo bajo una **ADMISIÓN TEMPORAL DE 30 DÍAS**. ESTO DARÁ TIEMPO SUFICIENTE PARA COMPLETAR LA REVISIÓN FINAL Y VERIFICAR QUE LA INFORMACIÓN DE INMUNIZACIÓN SEA CORRECTA.

La enfermera de la escuela se pondrá en contacto con usted con respecto a la necesidad de más documentación. **En caso de que se solicite documentación adicional, deberá presentarse by _____ . El no proporcionar dicha información obligará al director del edificio a excluir a su hijo de la escuela.**

He leído y entiendo la declaración anterior y he recibido una copia.

Firma del Padre/Tutor

Padre/Tutor (Imprimir)

Fecha de firma y recepción

Personal Central de Registro

COMPROBANTE DE VACUNAS: _____ ADJUNTO _____ NOT ADJUNTO

Estimados Padres(s) y Tutor(es):

Queremos aprovechar esta oportunidad para recordarles los requisitos de salud importantes para el próximo año escolar. Revise la información a continuación y comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta.

☐ **Exámenes de salud (físicos):**

- La ley del estado de Nueva York requiere un examen de salud* para todos los nuevos ingresantes y estudiantes en los grados Pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11;
- Todos los años para los estudiantes que participan en atletismo (deportes);
- Para los documentos de trabajo, según sea necesario; o
- Cuando sea requerido por el Comité de Educación Especial (CSE) o el Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE).

**También se solicita un formulario de examen dental al mismo tiempo que se requiere un examen de salud a nivel de grado.*

☐ **Inmunizaciones (inyecciones/vacunas):**

- La ley del estado de Nueva York requiere que todos los estudiantes que ingresen o asistan (incluso de forma remota) a cualquier escuela del estado de Nueva York (escuelas públicas, no públicas y chárter) deben recibir todas las dosis de vacunas requeridas para su nivel de grado para poder asistir a la escuela. Los requisitos de inmunización para cada nivel de grado se describen en la Tabla de Requisitos de Inmunización para el Ingreso/Asistencia a la Escuela del NYSDOH.
- Una solicitud de exención médica a una vacuna debe completarse anualmente en este formulario: Declaración de exención médica para niños de 0 a 18 años de edad (ny.gov).

☐ **Medicamentos recetados y de venta libre**

Si su estudiante requiere medicamentos durante el día escolar, la escuela debe tener lo siguiente:

- Una orden escrita del proveedor de atención médica (también se requiere una declaración jurada por escrito para los estudiantes independientes)
- Consentimiento por escrito de los padres/tutores, y
- El medicamento debe ser traído a la escuela por un adulto. Los medicamentos deben estar en su receta original etiquetada o en botellas/empaques de venta libre. Cualquier suministro o equipo especial para que la enfermera administre el medicamento también debe proporcionarse a la escuela.

Se adjunta el Formulario de Examen de Salud Requerido por el Estado de Nueva York que utilizará el proveedor de atención médica que realiza el examen de salud. También se acepta un formulario electrónico equivalente. También se incluye una copia de la Tabla de Requisitos de Vacunación para el *Ingreso/Asistencia a la Escuela del NYSDOH*.

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE EAST RAMAPO

OFICINA DE SERVICIOS ESPECIALES PARA ESTUDIANTES

105 South Madison Avenue, Spring Valley, NY 10977

Estimados Padres/Tutores:

El Departamento de Educación del Estado de Nueva York requiere que **todos los estudiantes nuevos** y los estudiantes en los grados **K, 1º, 3º, 5º, 7º, 9º y 11º** se sometan a un examen físico realizado por un proveedor de atención médica. Con esta carta se adjunta un formulario de examen físico. Si prefiere que su hijo sea examinado por un médico privado, es imperativo que el formulario de examen físico completo se devuelva a la enfermera de la escuela el primer día de clases.

Si la enfermera de la escuela no recibe el formulario de examen físico completo, se programará una cita para su hijo con un médico del distrito escolar. El examen físico de salud escolar incluye una evaluación de los oídos, la boca, el corazón, los pulmones, la columna vertebral y los genitales. Los estudiantes también serán evaluados de acuerdo con las etapas de Tanner de la pubertad.

Adjunto encontrará un certificado dental. Este formulario debe ser completado por un dentista de su hijo y devuelto a la enfermera de la escuela lo antes posible.

Todos los formularios deben enviarse por fax o correo electrónico directamente a la enfermera

Llame a la enfermera de la escuela que se indica a continuación si tiene alguna pregunta o inquietud. Gracias por su atención a este asunto.

Sinceramente
Enfermera Escolar

Asegúrese de que todos los formularios enviados tengan el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento Y la fecha del examen

Nota: Para el año escolar 2025-2026 Exámenes físicos con fecha posterior a
¡El 1 de septiembre de 2024 son válidos!

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM

TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR

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: ☐ Female ☐ Male	Gender Identity: ☐ Female ☐ Male ☐ Nonbinary ☐ X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

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

☐ Allergies	Type: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached
☐ Asthma	☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached
☐ Seizures	Type: _____ Date of last seizure: _____ ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached
☐ Diabetes	Type: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ 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	☐	☐		☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g/dL}$
Sickle Cell Screen-PRN	☐	☐		

☐ System Review Within Normal Limits

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

☐ HEENT	☐ Lymph nodes	☐ Abdomen	☐ Extremities	☐ Speech
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Back/Spine/Neck	☐ Skin	☐ Social Emotional
☐ Mental Health	☐ Lungs	☐ Genitourinary	☐ Neurological	☐ Musculoskeletal

☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:

Diagnoses/Problems (list)

ICD-10 Code*

☐ 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 Screening	With Correction ☐ Yes ☐ No	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	☐ Yes	☐
Near Vision Acuity		20/	20/	☐ Yes	☐
Color Perception Screening ☐ Pass ☐ Fail					☐
Notes					
Hearing Screening: 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 ☐ Pass ☐ Fail	Left ☐ Pass ☐ Fail	Referral ☐ Yes		☐
Notes					
Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done
		☐	☐	☐ Yes	☐
FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK					
☐ *Family cardiac history reviewed – required for Dominic Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act					
☐ Student may participate in all activities without restrictions.					
If Restrictions Apply – Complete the information below					
☐ Student is restricted from participation in:					
☐ Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.					
☐ Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.					
☐ Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.					
☐ 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: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V					
☐ Other Accommodations*: Provide Details (e.g., brace, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.):					
*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.					
MEDICATIONS					
☐ Order Form for medication(s) needed at school attached					
COMMUNICABLE DISEASE			IMMUNIZATIONS		
☐ Confirmed free of communicable disease during exam			☐ Record Attached ☐ 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.					

Certificado de Salud Dental - Opcional

Padre/Tutor: La ley del estado de Nueva York (Capítulo 281) permite a las escuelas solicitar una evaluación de salud bucal al mismo tiempo que se requiere un examen de salud. Es posible que su hijo tenga un chequeo dental durante este año escolar para evaluar su aptitud para asistir a la escuela. Complete la Sección 1 y lleve el formulario a su dentista registrado o higienista dental registrado para una evaluación. Si su hijo tuvo un chequeo dental antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista/higienista dental que complete la Sección 2. Devuelva el formulario completo al director médico de la escuela o a la enfermera de la escuela lo antes posible.

Sección 1. A completar por el padre o tutor (imprimir)

Nombre del niño: Apellido Primer Segundo		
Fecha de Nacimiento: // Mes Día Año	Sexo: ☐ Masculino ☐ Hembra	¿Será esta la primera evaluación de salud bucal de su hijo? ☐ Sí ☐ No
Escuela: Nombre		Grado

¿Ha notado algún problema en la boca que interfiere con la capacidad de su hijo para masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares? ☐ Sí ☐ No

Entiendo que al firmar este formulario doy mi consentimiento para que el niño mencionado anteriormente reciba una evaluación básica de salud bucal. Entiendo que esta evaluación es solo un medio limitado de evaluación para evaluar la salud dental del estudiante, y necesitaría asegurar los servicios de un dentista para que mi hijo reciba un examen dental completo con radiografías si es necesario para mantener una buena salud bucal.

También entiendo que recibir esta evaluación preliminar de salud bucal no establece ninguna relación médico-paciente nueva, continua o continua. Además, no responsabilizaré al dentista ni a quienes realicen esta evaluación por las consecuencias o los resultados si decido NO seguir las recomendaciones que se enumeran a continuación.

Fecha de Signature _____ de los padres

Sección 2. A completar por el dentista / higienista dental

I. La condición de salud dental de _____ on _____ (fecha de evaluación) La fecha de la evaluación debe estar dentro de los 12 meses posteriores al inicio del año escolar en el que se solicita. Marque uno:

- ☐ Sí, el estudiante mencionado anteriormente está en condiciones adecuadas de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.
- ☐ No, el estudiante mencionado anteriormente no está en condiciones de salud dental adecuadas para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

NOTA: No estar en condiciones de salud dental significa que existe una condición que interfiere con la capacidad de un estudiante para masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares, incluido el dolor, la hinchazón o la infección relacionada con la evidencia clínica de caries abiertas. La designación de no estar en condiciones de salud dental para permitir la asistencia a la escuela pública no impide que el estudiante asista a la escuela.

Nombre y dirección del dentista/higienista dental

(por favor, imprima o selle)

Firma del dentista/higienista dental

Secciones opcionales - Si está de acuerdo en divulgar esta información a la escuela de su hijo, por favor ponga sus iniciales aquí. ☐

II. Estado de salud bucal (marque todo lo que corresponda).

- ☐ Sí ☐ No Experiencia de caries/Historial de restauración – ¿Alguna vez el niño ha tenido una caries (tratada o no tratada)? [Un empaste (temporal/permanente) O un diente que falta porque fue extraído como resultado de una caries O una caries abierta].
- ☐ Sí ☐ No Caries no tratada: ¿Este niño tiene una caries abierta? [Al menos 1/2 mm de pérdida de estructura dental en la superficie del esmalte. Coloración marrón a marrón oscuro de las paredes de la lesión. Estos criterios se aplican a las lesiones cavitadas con fosas y fisuras, así como a las que se encuentran en superficies dentales lisas. Si se conserva la raíz, suponga que todo el diente fue destruido por la caries. Los dientes rotos o astillados, además de los dientes con empastes temporales, se consideran sanos a menos que también haya una lesión cavitada].
- ☐ Sí ☐ No Selladores dentales presentes Otros problemas (Especificar): _____

II. Necesidades de tratamiento (marque todo lo que corresponda)

- ☐ No hay problema obvio. Se recomienda el cuidado dental de rutina. Visite a su dentista regularmente.
- ☐ Es posible que necesite atención dental. Programe una cita con su dentista lo antes posible para una evaluación.
- ☐ Se requiere atención dental inmediata. Programe una cita de inmediato con su dentista para evitar problemas.

2025-2026 School Year

New York State Immunization Requirements for School Entrance/Attendance¹

NOTES:

All children must be age-appropriately immunized to attend school in NYS. The number of doses depends on the schedule recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Intervals between doses of vaccine must be in accordance with the "ACIP-Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule." Doses received before the minimum age or intervals are not valid and do not count toward the number of doses listed below. See footnotes for specific information for each vaccine. Children who are enrolling in grade-less classes must meet the immunization requirements of the grades for which they are age equivalent.

Dose requirements MUST be read with the footnotes of this schedule

Vaccines	Pre-Kindergarten (Day Care, Head Start, Nursery or Pre-K)	Kindergarten and Grades 1, 2, 3, 4 and 5	Grades 6, 7, 8, 9, 10 and 11	Grade 12
Diphtheria and Tetanus toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine (DTaP/DTP/Tdap/Td) ²	4 doses	5 doses or 4 doses if the 4th dose was received at 4 years or older or 3 doses if 7 years or older and the series was started at 1 year or older		3 doses
Tetanus and Diphtheria toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine adolescent booster (Tdap) ²		Not applicable		1 dose
Polio vaccine (IPV/OPV) ⁴	3 doses		4 doses or 3 doses if the 3rd dose was received at 4 years or older	
Measles, Mumps and Rubella vaccine (MMR) ⁵	1 dose		2 doses	
Hepatitis B vaccine ⁶	3 doses	or 2 doses of adult hepatitis B vaccine (Recombivax) for children who received the doses at least 4 months apart between the ages of 11 through 15 years	3 doses	
Varicella (Chickenpox) vaccine ⁷	1 dose		2 doses	
Meningococcal conjugate vaccine (MenACWY) ⁸		Not applicable	Grades 7, 8, 9, 10 and 11: 1 dose	2 doses or 1 dose if the dose was received at 16 years or older
Haemophilus Influenzae type b conjugate vaccine (Hib) ⁹	1 to 4 doses			Not applicable
Pneumococcal Conjugate vaccine (PCV) ¹⁰	1 to 4 doses			Not applicable



Department
of Health



Gratis Clínicas de Inmunización

**Gratis para niños y
adolescentes**

(edades 5-18)

**Gratis para adultos sin
seguro o con seguro
insuficiente**

(19 años y mayores)

Solo con cita. Llame (845) 364-2520 o (845) 364-2524.

Departamento de Salud del Condado de Rockland

50 Sanatorium Rd, Building A
Pomona, NY 10970

Lunes, Martes (cada otro),
Miércoles
8:30am-11:00am

14 S. Main Street
Spring Valley, NY 10977

Jueves
8:30am-11:00am

**Llame para obtener más información sobre las vacunas que
pueda necesitar.**

No se le preguntará sobre su estatus migratorio.



Rockland County

HEALTH