



Elmsford Union Free School District

22 South Hillside Avenue
Elmsford, New York 10523
(Phone) 914-592-2092 ext 3001 (Fax) 914-592-2163

Deborah Earle

Carl L. Dixon Primary School Principal
Dearle@eufsd.org

Estimados Padres/Tutor,

Para seguridad de los estudiantes, le pedimos a todos los padres/tutores que completen el formulario de permiso de salida adjunto, que autoriza a otro adulto a recoger a su hijo/a. Entendemos que puede haber ocasiones en que usted no pueda recoger a su hijo/a en la escuela.

Solamente las personas autorizadas en el formulario podrán recoger al estudiante.

Por favor dígales a las personas en su lista que **deben traer identificación con foto** cuando van a recoger su hijo.

Si en algún momento una persona que **no** está su lista viene a buscar a su hijo por favor envíe una nota a la escuela (no podemos aceptar llamadas de teléfono para este cambio), esta debe incluir la fecha, nombre y apellido del estudiante, nombre y número de teléfono de la persona que usted está autorizando y también incluir su firma y número de teléfono donde podamos contactarte.

Si este formulario no se llena y es enviado a la maestra de su hijo/a, el estudiante solo podrá ser recogido por los padres/tutores.

Por último, **después de las 3:00 p. m., los niños no saldrán por la oficina.** Si llega a recoger a su hijo/a después de las 3:00 PM por favor espere en el área designada. La hora de salida es 3:20 PM (2:55 PM los días lunes, y 11:35 AM cuando es mediodía).

Le agradecemos por su cooperación en mantener un ambiente seguro para todos nuestros estudiantes.

Atentamente

Ms. Deborah Earle
Carl L. Dixon Primary School



Elmsford Union Free School District

22 South Hillside Avenue
Elmsford, New York 10523
(Phone) 914-592-2092 ext 3001

Deborah Earle

Carl L. Dixon Primary School Principal
Dearle@eufsd.org

FIELD TRIP RELEASE

Dear Parents or Guardians:

From time to time during the school year, it is advantageous or necessary to send children during school hours to some point in Elmsford or points beyond. If you wish your child to have the advantage of these trips, please give consent and release of any responsibility in case of an accident, not due to our negligence, by signing below.

Estimados Padres o Tutores:

De vez en cuando durante el año escolar, los niños toman una excursión durante el horario escolar dentro o fuera de Elmsford. Si desea que su hijo tenga la ventaja de estos viajes, por favor dé su consentimiento y liberación de cualquier responsabilidad en caso de accidente, que no se deba a nuestra negligencia, firmando a continuación.

Sincerely,
Atentamente,

Deborah Earle
Principal/Directora

Student's Name
Nombre del Estudiante

Parent's Signature
Firma del Padre/Tutor

Date/Fecha



Elmsford Union Free School District

22 South Hillside Avenue
Elmsford, New York 10523
(Phone) 914-592-2092 ext 3001 (Fax) 914-592-2163

Deborah Earle

Principal of Primary School Carl L. Dixon
Dearle@eufsd.org

Estimados Padres y Tutores,

Como es de vuestro conocimiento, existen en nuestra escuela una variedad de actividades y programas de bastante interés público tal como celebraciones de logros estudiantiles. Frecuentemente nos vemos expuestos a recibir proposiciones por parte de la prensa como los periódicos, la televisión y otros medios de comunicación, para fotografiar y publicar a nuestros estudiantes en sus horas de trabajo.

Nuestras producciones son transmitidas regularmente por televisión de cable.

Aunque nuestro distrito tendrá mucho cuidado para entregar esta información a los medios de comunicación, no queremos que ninguna fotografía ni nombre de nuestros estudiantes sea identificado o impreso sin el consentimiento de los padres.

Si usted no desea que pongan el nombre de su hijo, su fotografía o imagen, la voz o el trabajo creativo en la televisión, la radio, el cine o cualquier otro medio electrónico / digital por favor escriba una carta indicando su deseo, y envíela al Principal de la escuela de su niño.

Desde ya quedamos muy agradecidos por su continua cooperación.

POR FAVOR DEVUELVA EN EL FOLDER DE SU HIJO/A

Doy permiso de que mi hijo/a sea fotografiado/a, la voz o el trabajo creativo en la televisión, la radio, el cine o cualquier otro medio electrónico / digital sea tomado.

SI DOY PERMISO _____

No Doy permiso de que mi hijo/a sea fotografiado/a, la voz o el trabajo creativo en la televisión, la radio, el cine o cualquier otro medio electrónico / digital.

NO DOY PERMISO _____

Nombre del estudiante: _____ Firma del Padre _____

Fecha: _____

Carl L. Dixon Primary School

FORMULARIO DE SALIDA Y LLEGADA

Para la seguridad de los niños esta información es importante

Nombre del Estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Maestro: _____

Por favor indique como viajara su hij/a hacia y desde la escuela

De casa a la escuela

_____ Llevaré a mi hijo
(Por favor indicar qué días), lunes, martes, miércoles, jueves, viernes

_____ Por bus numero/ruta de bus y parada: _____
(Por favor indicar qué días), lunes, martes, miércoles, jueves, viernes

Se encontrará con: _____ Tel #: _____

De escuela a casa

_____ Por bus a domicilio
Numero/ruta de bus y parada: _____
(Por favor indicar qué días), lunes, martes, miércoles, jueves, viernes

Se encontrará con: _____ Tel #: _____

_____ Por ruta de bus a otra dirección
Numero/ruta de bus y parada: _____
(Por favor indicar qué días), lunes, martes, miércoles, jueves, viernes

Incluir guardería / nombre de niñera: _____

Dirección: _____ Tel #: _____

SERÁ RECOGIDO EN LA ESCUELA (Por favor indicar qué días), lunes, martes, miércoles, jueves, viernes.

Adultos que pueden recoger a su hijo/a, nombre, número telefónico y parentesco.)

1. _____

2. _____

3. _____

Firma del Padre _____ Fecha: _____



Elmsford Union Free School District

22 South Hillside Avenue
Elmsford, New York 10523
(Phone) 914-592-2092 ext 3001 (Fax) 914-592-2163

Deborah Earle

Carl L. Dixon Primary School Principal
Dearle@eufsd.org

Formulario de Autorización para recoger al estudiante

Al firmar abajo, yo verifico que he leído y estoy de acuerdo con los reglamentos de Autorización descritos en la hoja adjunta y autorizo a la Escuela Primaria Carl L. Dixon.

Nombre del Estudiante: _____ Nombre del Maestro: _____

Nombre de padres: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: _____

****SOLAMENTE LA(S) SIGUIENTES PERSONAS SE LE PERMITIRÁ RECOGER A SU HIJO(S):**

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Yo autorizo a las personas mencionadas a recoger a mi hijo/a de la Escuela Primaria Carl L. Dixon.

Firma del padre: _____

Fecha: _____

ELMSFORD PUBLIC SCHOOLS

HEALTH SERVICE

AUTORIZACIÓN DE USO O SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Proveedor de Salud: _____ Teléfono: _____

Dirección _____ Fax: _____

Proveedor de Salud: _____ Teléfono: _____

Dirección _____ Fax: _____

Proveedor de Salud: _____ Teléfono: _____

Dirección _____ Fax: _____

Autorizo al médico(s) de mi niño, nombrado en esta, a compartir la información siguiente:

☐ La Enfermera Escolar	☐ Inmunizaciones/exámenes físicos según las regulaciones estatales de Nueva York
☐ Fisioterapeuta	☐ Historia Social
☐ Terapeuta Ocupacional	☐ Evaluaciones/informes psicológicos
☐ Terapeuta de lenguaje	☐ Consentimiento médico según sea necesario después de una lesión o cambio en condición médica
☐ Audiología	☐ Órdenes médicas requeridas para terapia; evaluaciones
☐ Departamento de Visión	☐ Autorización para tomar medicinas durante el día escolar o excursiones escolares
☐ Oficial de Admisiones	☐ Información sobre una condición médica/tratamiento médico en cual puede tener un impacto en el ambiente escolar
☐ Trabajador Social (Escolar)	☐ Referencia del médico para servicios (OT, PT)
☐	☐ Otra:

Esta información será utilizada para proporcionar un ambiente seguro y saludable y para desarrollar un programa apropiado para el estudiante matriculado. La matrícula del estudiante no depende sobre esta solicitud, aunque para planear el programa más apropiado para este estudiante, la información puede ser requerida. Las inmunizaciones específicas por regulaciones del estado de Nueva York SON REQUERIDAS para la matriculación. Esta solicitud se vence el último día de la matriculación del estudiante en la escuela nombrada y puede ser revocado en cualquier momento, si el pedido para cancelar es hecho por escrito a la dirección en esta forma. Tal revocación no afectará ningún informe recibido antes de la cancelación. Información de salud recibida está protegida y no será revelada sin consentimiento por regulaciones de FERPA. Una copia de esta solicitud ha sido proporcionada a mí y será mandado al apropiado proveedor de salud cuándo esos pedidos son hechos

☐ Renuncio mi derecho de recibir una copia de esta carta.

(Firma de estudiante de 18 años o más o del Padre/Tutor)**

(Fecha)

Si un estudiante es menor de 18 años, el padre o tutor legal debe firmar el formulario de consentimiento. Si otro representante es una autoridad firmante para actuar en nombre del estudiante, firme aquí: _____

PÓLIZA PARA DISPENSAR MEDICAMENTO

ELMSFORD PUBLIC SCHOOLS HEALTH SERVICE

Estimados padres/tutores:

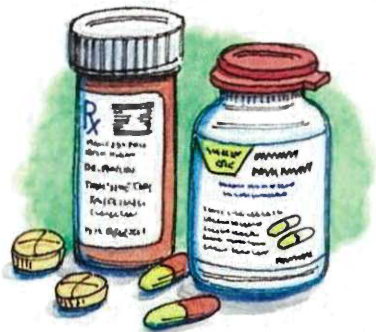
El Departamento de educación del estado de Nueva York requiere que todos los estudiantes que necesitan tomar medicamentos durante el horario escolar den lo siguiente:

- A. una solicitud por escrito a las autoridades escolares firmada por el padre o tutor legal.
- B. una solicitud por escrito del médico en su formulario de prescripción o papel con membrete indicando:
 - a. nombre del niño
 - b. diagnóstico
 - c. nombre del medicamento
 - d. dosis
 - e. modo de administración
 - f. frecuencia
 - g. fechas de duración.

El medicamento debe ser traído a la escuela en la botella original de la receta, debidamente etiquetada por un farmacéutico registrado según la ley.

Este procedimiento también se aplica para la administración de medicamentos que no necesitan receta.

Al recibir la solicitud de medicamento, una copia será enviada a casa para que el padre o tutor legal la firme y devuelva al colegio.



ESTA REGLA SERÁ APLICADA EstrictAMENTE

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM**TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE 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:	Sex: ☐ M ☐ F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached
☐ Yes, indicate type ☐ Food ☐ Insects ☐ Latex ☐ Medication ☐ Environmental
Asthma ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached
☐ Yes, indicate type ☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other : _____
Seizures ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached
☐ Yes, indicate type ☐ Type: _____ Date of last seizure: _____
Diabetes ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached
☐ Yes, indicate type ☐ Type 1 ☐ Type 2 ☐ HbA1c results: _____ Date Drawn: _____
Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: <i>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.</i>
BMI _____ kg/m2 Percentile (Weight Status Category): ☐ <5 th ☐ 5 th -49 th ☐ 50 th -84 th ☐ 85 th -94 th ☐ 95 th -98 th ☐ 99 th and >
Hyperlipidemia: ☐ No ☐ Yes Hypertension: ☐ No ☐ Yes

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
TESTS	Positive	Negative	Date	Other Pertinent Medical Concerns
PPD/ PRN	☐	☐		One Functioning: ☐ Eye ☐ Kidney ☐ Testicle
Sickle Cell Screen/PRN	☐	☐		☐ Concussion – Last Occurrence: _____
Lead Level Required Grades Pre- K & K		Date		☐ Mental Health: _____
☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥ 10 $\mu\text{g/dL}$				☐ Other: _____
☐ System Review and Exam Entirely Normal				
Check Any Assessment Boxes <u>Outside</u> Normal Limits And Note Below Under Abnormalities				
☐ HEENT	☐ Lymph nodes	☐ Abdomen	☐ Extremities	☐ Speech
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Back/Spine	☐ Skin	☐ Social Emotional
☐ Neck	☐ Lungs	☐ Genitourinary	☐ Neurological	☐ Musculoskeletal
☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:			Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code
			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____
☐ Additional Information Attached				

Name:			DOB:	
SCREENINGS				
Vision	Right	Left	Referral	Notes
Distance Acuity	20/	20/	☐ Yes ☐ No	
Distance Acuity With Lenses	20/	20/		
Vision – Near Vision	20/	20/		
Vision – Color ☐ Pass ☐ Fail				
Hearing	Right dB	Left dB	Referral	
Pure Tone Screening			☐ Yes ☐ No	
Scoliosis Required for boys grade 9 And girls grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral	
	☐	☐	☐ Yes ☐ No	
Deviation Degree:		Trunk Rotation Angle:		
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK				
☐ Full Activity without restrictions including Physical Education and Athletics.				
☐ Restrictions/Adaptations Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications				
☐ No Contact Sports Includes: baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling				
☐ No Non-Contact Sports Includes: archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field				
☐ Other Restrictions:				
☐ Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY Grades 7 & 8 to play at high school level OR Grades 9-12 to play middle school level sports Student is at Tanner Stage: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V				
☐ Accommodations: Use additional space below to explain				
☐ Brace*/Orthotic ☐ Colostomy Appliance* ☐ Hearing Aids				
☐ Insulin Pump/Insulin Sensor* ☐ Medical/Prosthetic Device* ☐ Pacemaker/Defibrillator*				
☐ Protective Equipment ☐ Sport Safety Goggles ☐ Other:				
*Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.				
Explain: _____				
MEDICATIONS				
☐ Order Form for Medication(s) Needed at School attached				
List medications taken at home:				

IMMUNIZATIONS				
☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIS Received Today: ☐ Yes ☐ No				
HEALTH CARE PROVIDER				
Medical Provider Signature:				Date:
Provider Name: <i>(please print)</i>				Stamp:
Provider Address:				
Phone:				
Fax:				
Please Return This Form To Your Child's School When Entirely Completed.				

Dental Health Certificate

Elmsford Public Schools

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, K, 2, 4, 7, & 10. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name: Last First Middle

Birth Date: / / Sex: ☐ Male ☐ Female Will this be your child's first visit to a dentist? ☐ Yes ☐ No
Month Day Year

School: Name Grade

Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities?
☐ Yes ☐ No

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature Date

Section 2. To be completed by the Dentist

I. The Dental Health condition of _____ on _____ (date of exam) The date of the exam needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

- ☐ Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit him/her attendance at the public schools.
☐ No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit him/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's name and address (please print or stamp) Dentist's Signature

Optional Sections - If you agree to release this information to school, parent please initial here.

II. Oral Health Status (check all that apply).

☐ Yes ☐ No

Caries Experience/Restoration History – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].

☐ Yes ☐ No

Untreated Caries – Does this child have an open cavity? [At least 1/4 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].

☐ Yes ☐ No

Dental Sealants Present

Other problems (Specify): _____

III. Treatment Needs (check all that apply)

- ☐ No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.
☐ May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.
☐ Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.

GUÍAS DE ENFERMEDADES DEL DISTRITO ESCOLAR DE ELMSFORD

Estimados Padres,

Es nuestra prioridad mantener a todos nuestros estudiantes sanos y en la escuela. Una manera en que todos podemos trabajar juntos para hacer esto es evitando la propagación de la enfermedad. Si su hijo no se siente bien, por favor utilice las siguientes directrices para determinar si o no él/ella debe estar en la escuela.

	Estudiante <u>no</u> debe estar en la escuela o en contacto con otros niños si tiene:	Si el estudiante se siente lo suficiente bien, él/ella puede estar en la escuela:
Goteo Nasal	Goteo nebuloso o amarillo/verde con congestión y fiebre.	Goteo claro como en las alergias.
Tos	Frecuente o incontrolable, que produce flema o acompañada con fiebre.	Infrecuente, tos que no produce flema y/o el estudiante a estado tomando antibióticos por lo menos 24 horas antes de regresar a la escuela, sin fiebre.
Fiebre	Si la temperatura corporal está sobre 100°F o si los síntomas de dolor de cabeza o tos son acompañados con temperatura elevada.	Si la temperatura corporal está por debajo 100° por 24 horas sin haber utilizado medicamentos para reducir la fiebre y no hay otros síntomas.
Diarrea o Vómito	Un episodio de vómito/más de una ocurrencia de diarrea.	Un incidente de diarrea sin otros síntomas (ej., fiebre, vómito); debe ser 24 horas después del incidente de vómito.
Amigdalitis Estreptocócica	Dolor de garganta, dolor de cabeza, náusea, fiebre (muchas veces los niños no tienen fiebre o no se quejan de dolor de garganta.) La única manera de determinar que no es amigdalitis estreptocócica es con un cultivo de garganta.	Después de 24 horas en antibióticos y sin fiebre por 24 horas.
Conjuntivitis "Pink eye"	El ojo está rojo con queja de ardor o picazón; apariencia costrosa, drenaje de color blanco o amarillo está ocurriendo.	Con una nota del doctor.
Erupciones/Infección de piel	Cualquier estudiante con erupciones o señales de infecciones de la piel que no hayan sido evaluadas por un médico.	Libre de erupciones/con permiso del doctor/después de 24 horas tomando antibióticos para la infección de piel.
Gripe	Fiebre/temperatura corporal sobre 100°F acompañada con dolor de garganta, tos, goteo nasal, congestión, dolor de cuerpo, cansancio extremo vómito, diarrea.	Sin fiebre (por debajo de 100°F temperatura oral) por 24 horas sin haber utilizado medicamentos para reducir la fiebre o permiso médico si diagnosticado con cualquier tipo de gripe.

Si cree que su hijo/a puede tener una fiebre, por favor compruebe su temperatura antes de enviarlo/a a la escuela. Su niño/a no debe ser enviado a la escuela hasta que él/ella haya estado sin fiebre durante al menos 24 horas sin tomar un medicamento para reducir la fiebre.

ELMSFORD PUBLIC SCHOOLS

HISTORIAL MEDICO

Nombre del estudiante _____ Sexo M ____ F ____
Apellido Primer Nombre

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
Ciudad, Departament, Pais

Nombre de la Madre _____ Nombre del Papa _____

HISTORIAL DE PARTO

Hubo problemas durante el embarazo? SI ____ NO ____
Fue un parto normal? SI ____ NO ____
Fue el bebé prematuro? SI ____ NO ____
Cuanto peso el bebé al nacer? ____ Lbs. ____ Oz.

HISTORIAL MEDICO Y DESARROLLO

Tiene su hijo dificultad para hablar? SI ____ NO ____

Si respondió Sí, por favor explique _____

Tiene su hijo alguno de estos hábitos?

chupar el dedo	SI ____	NO ____	golpear la cabeza	SI ____	NO ____
tener miedo	SI ____	NO ____	mecerse	SI ____	NO ____
morderse las unas	SI ____	NO ____	problemas emocionales	SI ____	NO ____

Si respondió Sí, explique _____

Ha tenido su hijo infecciones de oído frecuentes? SI ____ NO ____

Si respondió Sí, en cuál oído? _____ SI ____ NO ____

Tiene su hijo pérdida de audición? SI ____ NO ____

Si respondió Sí, en cuál oído? _____ SI ____ NO ____

En el presente, está bajo cuidado médico? SI ____ NO ____

Tiene su hijo problemas de visión?

Si respondió Sí, explique _____

Cuando fue el último examen de ojos con un profesional? Fecha _____

Usa su hijo espejuelos-anteojos? SI ____ NO ____

Ha visto su hijo al dentista? SI ____ NO ____

Si respondió Sí, Ha terminado el tratamiento? SI ____ NO ____

Tiene su hijo asma? SI ____ NO ____

Tiene su hijo alergias? SI ____ NO ____

Incluyendo medicinas, abejas o picaduras de insectos

Si respondió Sí, cuales son _____

Tiene su hijo alergias al maní, productos de maní y todo tipo de nueces? SI ____ NO ____

Toma su hijo medicamento regularmente o de vez en cuando? SI ____ NO ____

Si respondió Sí, cuales son _____

Ha tenido su hijo alguno de los siguientes:

Operaciones	SI ____	NO ____	Un accidente serio	SI ____	NO ____
Fractura	SI ____	NO ____	Trauma a la cabeza	SI ____	NO ____

Si respondió Sí, de detalles _____

Ha sido hospitalizado su hijo por alguna enfermedad? SI ____ NO ____

Nombre de la enfermedad _____

Hospital _____ Fecha _____

Indique cuál de las siguientes tiene o ha tenido su hijo:

convulsiones	_____	diabetes	_____	varicela	_____
sarpullido	_____	parálisis cerebral	_____	sarpullido	_____
fiebre reumática	_____	hemorragia nasal	_____	tuberculosis	_____
_____	_____	infección frecuente de la garganta	_____	pulmonía	_____
escarlatina	_____				

Especifique si hay otra enfermedad _____

Indique condiciones que su familia tenga o que haya tenido:

asma	_____	problemas de nervios	_____	diabetes	_____
hipertension	_____	tuberculosis	_____	convulsiones	_____
anemia	_____	ataque cardiaco antes de los 45 años	_____		

Hay alguna enfermedad o condición médica que causen problema a usted o su familia?

SI ____ NO ____

Hay algún otro problema de salud que no está mencionado?

Si respondió Sí, explique _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

Medico de la Familia _____

Numero de teléfono _____

ELMSFORD UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Carl L. Dixon Primary School

Cuestionario para los padres para estudiantes que entran a Pre-k y Kindergarten

Nombre del niño _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad: Años _____ Meses _____
 Nombre de los Padres _____
 Fecha de formulario completado _____

Lea cada pregunta y ponga una X a donde mejor describa a su hijo. Estas preguntas solamente describen el comportamiento y no hay respuesta correcta o incorrecta.

1. En general, como se mueve su hijo en la casa o el patio?

- ☐ muy vacilante en el movimiento
☐ a veces se tropieza con objetos y se cae
☐ es seguro de sus movimientos de su cuerpo

Información adicional:

2. Se puede cambiar solo y bien de ropa su hijo?

- ☐ no se puede vestir solo
☐ más o menos, con mucha ayuda
☐ se puede vestir solo, pero necesita ayuda con los botones, cremallera y amarrando
☐ se puede vestir independientemente

Información adicional:

3. Cual mano usa su hijo la mayoría del tiempo para levantar juguetes o dibujar?

- ☐ mano derecha ☐ mano izquierda ☐ usa ambas por igual

Información adicional:

4. Que bien cuida de los juguetes su hijo?

- ☐ no los cuida, los rompe ☐ los desarma; no los puede volver armar ☐ muy cuidadoso

Información adicional:

5. Cómo reacciona su hijo con los extraños?

- ☐ con mucho miedo ☐ con timidez ☐ normalmente amigable ☐ muy amigable

Información adicional:

CUESTIONARIO PARA LOS PADRES DE PRE-K & K DGN

6. Que bien se adapta su hijo a nuevas actividades o situaciones?

- ☐ con cautela
☐ primero con timidez y toma un poco de tiempo para participar
☐ ansioso de participar inmediatamente

Información adicional:

7. Ha habido alguna separación de los padres?

☐ hospitalización de padre o del hijo? Edad del niño ☐

Tiempo que estuvo separado ☐

Información adicional:

8. A qué tipo de castigo reacciona su hijo?:

- ☐ nalgada ☐ cohibir de las cosas favoritas
☐ gritar o hablar en alta voz ☐ Aislamiento-sentarse en una silla o ir a su cama
☐ conversar de lo que sucedió

Información adicional:

9. Como se comporta su hijo cuando lo tiene que dejar?

- ☐ reacio, llora la mayoría del tiempo ☐ se adapta bien
☐ bien, excepto en ciertas ocasiones

Información adicional:

10. Cuando busca de su afecto su hijo?

Información adicional:

11. Que cosas le molestan a su hijo?

Por favor comente:

12. Como se lleva su hijo con otros niños?

- ☐ pelea y llora, es egocéntrico ☐ primero es tímido y después juega bien
☐ da órdenes, es líder, quiere las cosas a su manera ☐ se comunica y juega bien con otros

Hay otros niños en la casa o en el vecindario que estén disponibles para jugar?

Por favor comente:

CUESTIONARIO PARA LOS PADRES DE PRE-K & K DGN

13. A que le tiene miedo su hijo? ☐ Por favor comente:

14. Generalmente con qué cosas juega su hijo? Por favor comente:

15. Por cuánto tiempo puede hacer su hijo una actividad como un rompecabezas, bloque o libro de colorear?

☐ menos de 5 minutos ☐ por lo menos 15 minutos

☐ por 1/2 hora ☐ hasta una (1) hora

Información adicional:

16. Qué clase de cosas dibuja su hijo?

☐ todavía no está interesado en dibujar ☐ hace garabatos ☐ dibuja con detalle

☐ dibuja formas u objetos definidos ☐ hace dibujos que dicen un cuento

17. Que colores puede su hijo nombrar?

☐ ninguno

☐ unos de los colores básicos: rojo, amarillo, azul, verde, púrpura, naranja, marrón, negro

☐ todos los colores básicos y otros más: rosado, blanco, etc.

18. Como cuenta su hijo?

☐ nombra números pero no en orden ☐ cuenta más de 10

☐ cuenta hasta 10 pero salta números o no los nombra ☐ cuenta hasta 10, siempre en orden correcto

19. Que tan claro dice las palabras su hijo?

☐ Casi no le entiendo lo que dice ☐ Le entiendo pero tiene dificultad con algunos sonidos

☐ tiene buena pronunciación

Comentarios adicionales:

20. Que bien expresa verbalmente lo que piensa su hijo?

☐ muy claro ☐ casi siempre claro ☐ a veces claro ☐ nada bien

Información adicional:

CUESTIONARIO PARA LOS PADRES DE PRE-K & K DGN

21. Que bien puede encontrar su hijo cosas que usted nombre?

- ☐ casi nunca entiende lo que le digo ☐ pregunta cuando las palabras no son familiares
☐ puede señalar algunos objetos cuando los nombro
☐ parece entender todas las palabras que digo

Información adicional:

22. Puede su hijo seguir instrucciones?

- ☐ casi nunca; solo si algo le interesa ☐ puede seguir 2 o 3 instrucciones seguidas
☐ sigue una sola instrucción sencilla
☐ puede recordar instrucciones largas y las puede llevar a cabo

Información adicional:

23. Le gusta a su hijo que le lean?

- ☐ le gusta mucho ☐ le está comenzando a gustar ☐ no le gusta que le lean

Información adicional:

24. De los cuentos, que recuerda su hijo?

- ☐ se acuerda del cuento, anticipa lo que va a suceder y lo dice con palabras
☐ pide su cuento favorito dando ideas generales sobre el
☐ no se acuerda del cuento de un momento al otro

Información adicional:

25. Describa la habilidad de su hijo para recordar eventos del pasado.

- ☐ se le olvidan las cosas rápidamente ☐ solo recuerda los eventos recientes
☐ se acuerda de algunas cosas por largo tiempo
☐ se acuerda de muchos eventos y detalles

26. Como le dice su hijo de las cosas que él-ella ha hecho?

- ☐ trata de explicar solo cuando se le pregunta ☐ explica lo suficiente para entenderle
☐ dice todo lo que él-ella hace y describe los eventos con detalle

27. Utilice el resto de líneas para darnos información adicional que nos ayude a planificar la educación de su hijo en el otoño.
