



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

---

## Mission Statement

In a safe and caring learning environment, we inspire students to make connections, think critically and become productive global citizens who create legacies that make our community proud.

Contained in this **registration packet** are the following forms you will be required to complete for your student to begin school:

- Housing Questionnaire
- Migrant Education Program Parent Survey
- Bus Card
- Registration Form
- Emergency Contact Form
- Residency Documentation Form
- Authorization to Release Records
- Home Language Questionnaire
- Every Student Succeeds Act
- Release to Video/Photograph
- Telecommunication User Agreement
- Annual Medical Update Questionnaire

### Medical Packet

- District Physical Form (Required for entry to grades K,2,4,7 and 10)
- Medication Administration Authorization Form
- Dental Certificate

### Other Documents **Required** for Registration:

**Proof of Student Age:**  Birth Certificate       Baptismal Certificate       Passport

**Proof of Guardian Identity:**  Valid, state issue driver or non-driver id card     State or military picture id

### Proof of Guardianship:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Separation Agreement/<br>Divorce Decree | <input type="checkbox"/> Custodial<br>Documents   | <input type="checkbox"/> Court Order or<br>Guardianship                     |
| <input type="checkbox"/> Order of Protection or<br>Restraint     | <input type="checkbox"/> Form DSS-299<br>(Foster) | <input type="checkbox"/> Affidavit of Parent<br>and Custodial<br>Individual |

**Most recent Physical and Immunization Record** *Students are required by Article 19 of State Education Law to furnish a report of a **physical examination within the past year** for entrance to school. For the 2025/2026 school year it should occur between **9/7/24 and 9/7/25**. If the student has had such an examination, please forward a copy of it to the school.*

### Upon completion of the registration packet please return to:

Highland High School; Attn: Julie Miller; 320 Pancake Hollow Rd.; Highland, NY 12528

(845) 691-1032

Fax (845) 691-1033

**JMILLER@HIGHLAND-K12.ORG**



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

---

## Declaración de objetivos

En un entorno de aprendizaje seguro y afectuoso, inspiramos a los estudiantes a hacer conexiones, Piense críticamente y conviértase en ciudadanos globales productivos que crean legados que enorgullecen a nuestra comunidad.

En este **paquete de inscripción** se encuentran los siguientes formularios que deberá completar para que su estudiante comience la escuela:

- Cuestionario de vivienda
- Encuesta para padres del Programa de Educación Migrante
- Tarjeta de autobús
- Formulario de inscripción
- Hoja de datos confidenciales del estudiante
- Formulario de documentación de residencia
- Autorización para liberar registros
- Cuestionario de idioma del hogar
- Cada estudiante triunfa
- Liberación a video/fotografía
- Acuerdo de usuario de telecomunicaciones
- Cuestionario de actualización médica anual

### Paquete médico

- Formulario físico del distrito (requerido para ingresar a los grados K, 2, 4, 7 y 10)
- Formulario de autorización de administración de medicamentos
- Certificado Dental

### Otros documentos **necesarios** para el registro:

**Prueba de edad del estudiante:**  Certificado de nacimiento  Certificado de bautismo  Pasaporte

**Prueba de identidad del tutor:**  Tarjeta de identificación válida de conductor o no conductor emitida por el estado  Identificación con foto estatal o militar

### Prueba de tutela:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acuerdo de separación / Decreto de divorcio | <input type="checkbox"/> Documentos de custodia      | <input type="checkbox"/> Orden judicial o tutela                                |
| <input type="checkbox"/> Orden de protección o restricción           | <input type="checkbox"/> Formulario DSS-299 (Foster) | <input type="checkbox"/> Declaración jurada del padre y la persona con custodia |

**Registro físico y de vacunación más reciente** El artículo 19 de la Ley de Educación del Estado exige a los estudiantes que presenten un informe de un **examen físico durante el año anterior** para ingresar a la escuela. Para el año escolar 2025/2026 debería ocurrir entre el **9/7/24 y el 9/7/25**. Si el estudiante ha tenido un examen de este tipo, envíe una copia a la escuela.

**Una vez completado el paquete de registro, devuélvalo a:**

Escuela Secundaria Highland; A la atención de: Julie Miller; 320 Pancake Hollow Rd.; Highland, Nueva York 12528  
(845) 691-1032

Facsímil: (845) 691-1033

**JMILLER@HIGHLAND-K12.ORG**

**NOTE TO SCHOOLS/LEAS:** Please assist students and families filling out this form. The form should be included at the top page of registration materials that the district shares with families. Do not simply include this form in the registration packet, because if the student qualifies as residing in temporary housing, the **student is not required to submit proof of residency** and other required documents that may be part of the registration packet.

## HOUSING QUESTIONNAIRE

Name of LEA: Highland Central School District

Name of School: \_\_\_\_\_

Name of Student: \_\_\_\_\_

Last

First

Middle

Gender:  Male  
 Female  
 Non-binary

Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
Month Day Year (preschool-12) (optional)

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

The answer you give below will help the district determine what services you or your child may be able to receive under the McKinney-Vento Act. Students who are protected under the McKinney-Vento Act are entitled to immediate enrollment in school even if they don't have the documents normally needed, such as proof of residency, school records, immunization records, or birth certificate. Students who are protected under the McKinney-Vento Act may also be entitled to free transportation and other services.

Where is the student currently living? (Please check **one** box.)

- In a shelter  
 With another family or other person because of loss of housing or as a result of economic hardship (sometimes referred to as "doubled-up")  
 In a hotel/motel  
 In a car, park, bus, train, or campsite  
 Other temporary living situation (Please describe): \_\_\_\_\_  
 In permanent housing

\_\_\_\_\_  
Print name of Parent, Guardian, or Student (for unaccompanied homeless youth)

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent, Guardian, or Student (for unaccompanied homeless youth)

\_\_\_\_\_  
Date

If **ANY box other than "In Permanent Housing" is checked**, then the student/family should be immediately referred to the MV Liaison. In such cases, **proof of residency** and other documents normally needed for enrollment **are not required** and the **student is to be immediately enrolled**. **After** the student has been enrolled, the district/school must contact the previous district/school attended to request the student's educational records, including immunization records, and the enrolling district's LEA liaison must help the student get any other necessary documents or immunizations.

**NOTE TO SCHOOLS/LEAS:** If the student is **NOT** living in permanent housing, please ensure that a Designation Form is completed.

**ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS:** Ofrezca asistencia a los estudiantes y familias para completar este formulario. Este formulario debería de ser incluido como la primera página de los materiales de inscripción que el distrito comparte con familias. No incluya este formulario en el paquete de inscripción sin advertencias apropiadas. Por ejemplo, tendrá que cambiar partes del paquete de inscripción que requieren que se entreguen prueba de inscripción antes de matricular. Estudiantes elegibles según la Ley McKinney-Vento, no necesitan entregar prueba de residencia y otros documentos normalmente requeridos antes de matricular.

## CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

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

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre  
Mujer  
No Binario

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_

\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año (jardín de infantes – 12) (opcional)

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según la Ley McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.**

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

- En un refugio
- Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas → En un hotel/motel
- En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- Otra vivienda temporal (Por favor describa): \_\_\_\_\_ → En un hogar permanente

\_\_\_\_\_  
**Nombre** de Padre, Guardián, o  
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

\_\_\_\_\_  
**Firma** de Padre, Guardián, o  
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Si CUALQUIER caja que no sea “En un hogar permanente” está marcada, **no se requieren prueba de domicilio** u otros documentos normalmente requeridos para inscripción **y el estudiante debe ser matriculado inmediatamente**. Después de que el estudiante sea matriculado, el distrito o la escuela debe pedir los documentos escolares, incluyendo los documentos de **inmunización, al distrito o la escuela anterior. El enlace del distrito debe ayudar al estudiante conseguir cualquier otro documento necesario o inmunización.**

**ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS:** Si el estudiante **NO** vive en un hogar permanente, favor de asegurarse que una Formulario de Designación sea completado.



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## NEW YORK STATE MIGRANT EDUCATION PROGRAM PARENT SURVEY

The Migrant Education Program (MEP) is authorized by Title I, Part C of the Elementary and Secondary Education Act (ESEA). The MEP provides a variety of educational services to families who work in agriculture, **regardless of their nationality or legal status**. This program is **free of charge** to all eligible families and may include tutoring, free school lunch eligibility, educational field trips, summer programs, parent involvement activities, emergency needs and referrals to other services as needed.

**Please take few minutes to complete this questionnaire.**

**Has anyone in your family worked, or looked for work at the following occupations during the past 3 years?**

- Any agricultural, farm, or fishing work (such as hay, dairy, fruit or vegetable crops, poultry, fishing, nursery/greenhouse, etc.)
- Work related to logging, harvesting, or initial processing of trees.
- Work at a food processing plant, (such as meat or poultry processing plants, packing fruits or vegetables, etc.)
- No

**If you answer YES, please provide your contact information below:**

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Home address: \_\_\_\_\_

Telephone number: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Best time to be reached: \_\_\_\_\_ AM/PM

Previous Address: \_\_\_\_\_

Student name: \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Student name: \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Your information will be provided to the Mid-Hudson Migrant Education Program located at:

**SUNY New Paltz Campus  
Van Den Berg Learning Center Annex  
Room 353  
New Paltz, NY 12561  
(845) 257-2950**



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## ENCUESTA PARA PADRES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE DEL ESTADO DE NUEVA YORK

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

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

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

- Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.
- No

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

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

Dirección Física: \_\_\_\_\_

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

Dirección anterior: \_\_\_\_\_

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

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

Su información se proporcionará al Programa de educación para migrantes de Mid-Hudson ubicado en:

**SUNY New Paltz  
Van den Berg Learning Centre Annex  
Room 353  
New Paltz, NY 12561  
(845) 257-2950**

Highland Central School District  
Student Registration Form  
(Please Press Firmly)

Student Name: \_\_\_\_\_ Male: \_\_\_\_\_ Female: \_\_\_\_\_  
Non-Binary: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Birth Place: \_\_\_\_\_  
Ethnicity: \_\_\_\_\_ Language spoken at home: \_\_\_\_\_

Parent One: \_\_\_\_\_  
Home Address: \_\_\_\_\_

Parent Two: \_\_\_\_\_  
Home Address: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_

Business Phone: \_\_\_\_\_

Business Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

With whom does the student reside? \_\_\_\_\_

Who has custody of the child? Joint \_\_\_\_\_ Mother \_\_\_\_\_ Father \_\_\_\_\_ Guardian \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Court documents? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, current court documents pertaining to the student during the school year **MUST** be on file at school (i.e. Custody papers, order of protection papers, custodial papers, etc.)

Previous schools attended: \_\_\_\_\_

Previously attended Highland: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Siblings:	Last Name	First Name	DOB	Grade	School

**\*\*Special Considerations:** Health History (i.e. allergies, vision, etc.), ESL, Special Education, IEP, Speech/Language, Gifted, Migrant Services: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature	Relationship	Date
---------------------------	--------------	------

(Space below for School District use only)

Student # \_\_\_\_\_

Enrollment Date: \_\_\_\_\_

Bus # To: \_\_\_\_\_ From: \_\_\_\_\_

Teacher: \_\_\_\_\_

Evidence of Birth: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_ Homeroom: \_\_\_\_\_

Placement Location: \_\_\_\_\_

Transcripts Requested: \_\_\_\_\_

School Counselor: \_\_\_\_\_

White: (Student Folder)

Yellow: (Health Office)



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## EMERGENCY CONTACT FORM

### Student Information:

\_\_\_\_\_  
Last Name

\_\_\_\_\_  
First Name

\_\_\_\_\_  
Middle Name

\_\_\_\_\_  
Student DOB

\_\_\_\_\_  
Grade Level

\_\_\_\_\_  
Students Native Language

**Contact Information: Please give the name and phone number of individuals *other than yourself* that have permission from you to be contacted and requested to pick up your child in case of an emergency:**

1. **Contact:** \_\_\_\_\_

**Relationship to Student:** \_\_\_\_\_

Cell Number: \_\_\_\_\_

Work Number: \_\_\_\_\_

2. **Contact:** \_\_\_\_\_

**Relationship to Student:** \_\_\_\_\_

Cell Number: \_\_\_\_\_

Work Number: \_\_\_\_\_

3. **Contact:** \_\_\_\_\_

**Relationship to Student:** \_\_\_\_\_

Cell Number: \_\_\_\_\_

Work Number: \_\_\_\_\_

4. **Contact:** \_\_\_\_\_

**Relationship to Student:** \_\_\_\_\_

Cell Number: \_\_\_\_\_

Work Number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA

### Información para estudiantes:

Apellido	Nombre de pila	Segundo nombre
Data de nacimiento del estudiante	Nivel de curso	Lengua materna de los estudiantes

**Información de contacto: Por favor, proporcione el nombre y número de teléfono de personas que no sean ustedes que tengan permiso para ser contactadas y solicitadas para recoger a su hijo en caso de emergencia:**

1. **Contacto:** \_\_\_\_\_ **Relación con el estudiante:** \_\_\_\_\_

Número de celda: \_\_\_\_\_

Número de trabajo: \_\_\_\_\_

2. **Contacto:** \_\_\_\_\_ **Relación con el estudiante:** \_\_\_\_\_

Número de celda: \_\_\_\_\_

Número de trabajo: \_\_\_\_\_

3. **Contacto:** \_\_\_\_\_ **Relación con el estudiante:** \_\_\_\_\_

Número de celda: \_\_\_\_\_

Número de trabajo: \_\_\_\_\_

4. **Contacto:** \_\_\_\_\_ **Relación con el estudiante:** \_\_\_\_\_

Número de celda: \_\_\_\_\_

Número de trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## RESIDENCY DOCUMENTATION FORM

Student Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**TWO PROOFS OF RESIDENCY ARE REQUIRED AT THE TIME OF REGISTRATION.  
BOTH PROOFS MUST BE DATED LESS THAN 30 DAYS AND INCLUDE THE NAME AND STREET ADDRESS  
OF THE PARENT/GUARDIAN OF THE CHILD(REN) BEING REGISTERED.**

**PROOF OF RESIDENCY- (2) Required that show the physical address-**

- One must be: Mortgage, Deed, Lease, Rental Agreement or Signed and Notarized Landlord Statement

**AND**

- One of the following:
  - Current Drivers License (with new address)
  - DMV sticker on license for change of address
  - Pay stub dated within the last 30 days with new address
  - Voter Registration Card
  - Current Utility Bill with physical address (Central Hudson, Cable, Water, Sewer, etc)
  - Property or School Tax Bill
  - Post office form processed by the postal service with forwarding address or a printout of address change from USPS.com
  - Automobile, homeowners, rental insurance policy with your name and address

**If you are residing with a friend or family member:**

The following are required:

- Notarized Letter** from the homeowner/renter confirming:
  - Your name
  - Your children's names
  - The address where you are residing
- Proof of Residency for the homeowner/renter from the list above (1 proof)
- Proof of Residency for the parent/guardian from the list above (1 proof)

**Parent/Guardian Certification**

By signing below, I certify that the information provided is accurate and truthful to the best of my knowledge.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## FORMULARIO DE DOCUMENTACIÓN DE RESIDENCIA

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SE REQUIEREN DOS COMPROBANTES DE RESIDENCIA EN EL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN. AMBAS PRUEBAS DEBEN ESTAR FECHADAS CON MENOS DE 30 DÍAS E INCLUIR EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL PADRE/TUTOR DEL NIÑO (S) QUE SE ESTÁ REGISTRANDO.**

**COMPROBANTE DE RESIDENCIA-** (2) Se requiere que muestre la dirección física-

1. Uno debe ser: Hipoteca, Escritura, Contrato de Arrendamiento, Contrato de Alquiler o Declaración del Propietario Firmada y Notariada

Y

2. Uno de los siguientes:
  - Licencia de Conducir Actual (con nueva dirección)
  - Calcomanía del DMV en la licencia para cambio de dirección
  - Comprobante de pago fechado dentro de los últimos 30 días con nueva dirección
  - Tarjeta de Registro de Votante
  - Factura actual de servicios públicos con dirección física (Hudson central, cable, agua, alcantarillado, etc.)
  - Factura de impuestos sobre la propiedad o la escuela
  - Formulario de oficina postal procesado por el servicio postal con dirección de reenvío o una copia impresa del cambio de dirección de USPS.com
  - Póliza de seguro de automóvil, propietarios de vivienda, alquiler con su nombre y dirección

**Si reside con un amigo o familiar:**

Se requiere lo siguiente:

- Carta notariada** del propietario/inquilino que confirme:
  - Te llamas
  - Los nombres de sus hijos
  - La dirección en la que reside
- Comprobante de residencia para el propietario/inquilino de la lista anterior (1 comprobante)
- Comprobante de residencia del padre/tutor de la lista anterior (1 comprobante)

### **Certificación de Padre/Tutor**

Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada es precisa y veraz a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## RECORDS RELEASE FORM

Date: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Grade of Entry: \_\_\_\_\_

Former School Name: \_\_\_\_\_

School Mailing Address: \_\_\_\_\_

Contact Name/Email Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

The above student has entered the Highland Central School District. Please kindly forward the following documentation to complete the student record:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Academic Record</b>                                   | <input type="checkbox"/> <b>Attendance</b>                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Test Scores</b>                                       | <input type="checkbox"/> <b>Psychological Reports</b>                          |
| <input type="checkbox"/> <b>NYS Elementary/Intermediate Science Investigation</b> | <input type="checkbox"/> <b>Disciplinary Records</b>                           |
| <input type="checkbox"/> <b>All Health Records</b>                                | <input type="checkbox"/> <b>Family Data</b>                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>IEP/Special Education</b>                             | <input type="checkbox"/> <b>All other pertinent information (please list):</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>ENL Records</b>                                       | _____  |

Please forward the requested documents to the school marked below:

Highland Elementary School  
**Attn: Principal's Office**  
 16 Lockhart Lane  
 Highland, N.Y. 12528  
 Phone: (845) 691-1072/1062  
 Fax: (845) 691-1073  
 Email: [KMickle@highland-k12.org](mailto:KMickle@highland-k12.org)

Highland Middle School  
**Attn: Guidance Office**  
 71 Main Street  
 Highland, N.Y. 12528  
 Phone: (845) 691-1090  
 Fax: (845) 691-1092  
 Email: [DPeterson@highland-k12.org](mailto:DPeterson@highland-k12.org)

Highland High School  
**Attn: Guidance Office**  
 320 Pancake Hollow Road  
 Highland, N.Y. 12528  
 Phone: (845)691-1021  
 Fax: (845)691-1043  
 Email: [DSantangelo@highland-k12.org](mailto:DSantangelo@highland-k12.org)

Student Services; Phone: (845)691-1023 Fax: (845)691-1024 or email: [Vbieszad@highland-k12.org](mailto:Vbieszad@highland-k12.org)

I, \_\_\_\_\_ give permission to my child's former school to release any and all requested records to the Highland Central School district.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REMITIR DOCUMENTOS ESTUDIANTILES

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado de Entrada: \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela Anterior: \_\_\_\_\_

Dirección Postal de la Escuela: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

El/La estudiante arriba ha entrado en el Distrito Escolar Central de Highland. Favor de amablemente remitir la siguiente documentación para completar el registro del/de la estudiante:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente académico   | <input type="checkbox"/> Asistencia  |
| <input type="checkbox"/> Puntajes de exámenes   | <input type="checkbox"/> Informes psicológicos                                     |
| <input type="checkbox"/> Investigación de Ciencias Primarias / Intermedias del Estado de Nueva York | <input type="checkbox"/> Registros disciplinarios                                  |
| <input type="checkbox"/> Todos los registros de salud   | <input type="checkbox"/> Datos familiares  |
| <input type="checkbox"/> IEP/Educación Especial   | <input type="checkbox"/> Toda la demás información pertinente (por favor enumere): |
| <input type="checkbox"/> Registros ENL  | _____  |

Favor de remitir los documentos a la escuela marcada abajo:

Highland Elementary School

**Attn: Principal's Office**

16 Lockhart Lane

Highland, N.Y. 12528

Phone: (845) 691-1072/1062

Fax: (845) 691-1073

Email: [KMickle@highland-k12.org](mailto:KMickle@highland-k12.org)

Highland Middle School

**Attn: Guidance Office**

71 Main Street

Highland, N.Y. 12528

Phone: (845) 691-1090

Fax: (845) 691-1092

Email: [DPeterson@highland-k12.org](mailto:DPeterson@highland-k12.org)

Highland High School

**Attn: Guidance Office**

320 Pancake Hollow Road

Highland, N.Y. 12528

Phone: (845)691-1021

Fax: (845)691-1043

Email: [DSantangelo@highland-k12.org](mailto:DSantangelo@highland-k12.org)

Servicios Estudiantiles; Teléfono: (845)691-1023 Fax: (845)691-1024 or email: [Vbieszad@highland-k12.org](mailto:Vbieszad@highland-k12.org)

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso a la escuela anterior de mi hijo/a que mande cualquier y todos los documentos solicitados al Distrito Escolar Central de Highland.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



Elisa Alvarez, Associate Commissioner Office of  
Bilingual Education and World Languages

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

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

## Home Language Questionnaire (HLQ)

*Dear Parent or Person in Parental Relation:*  
*In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she understands, speaks, reads and writes in English, as well as prior school and personal history. Please complete the sections below entitled Language Background and Educational History. Your assistance in answering these questions is greatly appreciated. Thank you.*

<b>STUDENT NAME:</b>		
First	Middle	Last
<b>DATE OF BIRTH:</b>		<b>GENDER:</b>
Month	Day	Year
		<input type="checkbox"/> Male
		<input type="checkbox"/> Female
<b>PARENT/PERSON IN PARENTAL RELATION INFO:</b>		
Last Name	First Name	Relation to

HOME LANGUAGE CODE

### Language Background (Please check all that apply.)

1. What language(s) is(are) spoken in the student's home or residence?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other	_____
			<i>specify</i>
2. What was the first language your child learned?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other	_____
			<i>specify</i>
3. What is the Home Language of each parent/guardian?	<input type="checkbox"/> Parent 1	_____	<input type="checkbox"/> Parent 2
		<i>specify</i>	_____
	<input type="checkbox"/> Guardian(s)	_____	<i>specify</i>
4. What language(s) does your child understand?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other	_____
			<i>specify</i>
5. What language(s) does your child speak?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other	_____ <input type="checkbox"/> Does not speak
			<i>specify</i>
6. What language(s) does your child read?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other	_____ <input type="checkbox"/> Does not read
			<i>specify</i>
7. What language(s) does your child write?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other	_____ <input type="checkbox"/> Does not write
			<i>specify</i>

### 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:

## Home Language Questionnaire (HLQ)—Page Two

### Educational History

8. Indicate the total number of years that your child has been enrolled in school \_\_\_\_\_

9. Do you think your child may have any difficulties or conditions that affect his or her ability to understand, speak, read or write in English or any other language? If yes, please describe them.

Yes\*    No    Not sure  
            \*If yes, please explain: \_\_\_\_\_

How severe do you think these difficulties are?     Minor     Somewhat severe     Very severe

10a. Has your child ever been **referred** for a special education evaluation in the past?     No     Yes\* \*Please complete 10b below

10b. **\*If referred for an evaluation**, has your child ever **received** any special education services in the past?  
 No     Yes – Type of services received: \_\_\_\_\_

Age at which services received (Please check all that apply):  
 Birth to 3 years (Early Intervention)     3 to 5 years (Special Education)     6 years or older (Special Education)

10c. Does your child have an Individualized Education Program (IEP)?     No     Yes

11. Is there anything else you think is important for the school to know about your child? (e.g., special talents, health concerns, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. In what language(s) would you like to receive information from the school? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent or of Person in Parental Relation*

Month:    Day:    Year:  
 \_\_\_\_\_  
*Date*

Relationship to student:     Parent     Other: \_\_\_\_\_

#### 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: \_\_\_\_\_ PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:  
 MO.    DAY    YR.     ENTERING     EMERGING     TRANSITIONING     EXPANDING     COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:



**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.*

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>GÉNERO:</b>
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
Mes	Día	Año
<b>INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL</b>		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

HOME LANGUAGE CODE

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

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

Mes:                      Día:                      Año:

---

Firma de un padre o de la persona en relación paternal Fecha

Relación con el estudiante:    Padre    Otra: \_\_\_\_\_

<b>OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ</b>	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
<b>NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW</b>	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
<b>**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b> _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">MO.                      DAY                      YR.</small>	<b>OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b> <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
<b>NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL</b>	
NAME: _____	POSITION: _____
<b>DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:</b> _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">MO.                      DAY                      YR.</small>	<b>PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:</b> <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

---

EVERY STUDENT SUCCEEDS ACT

## STUDENT NAME:

\_\_\_\_\_

Last Name

\_\_\_\_\_

First Name

\_\_\_\_\_

Middle Name

## PLACE OF BIRTH:

\_\_\_\_\_

City

\_\_\_\_\_

County

\_\_\_\_\_

State

\_\_\_\_\_

Country

Number of years in school outside of the United States: \_\_\_\_\_

## ETHNICITY:

Is the student Hispanic, Latino or of Spanish Origin?  Yes  No

## RACE:

Choose one or more of the following regardless of ethnicity:

American Indian or  
Alaskan Native

Asian

Black or African American

Native Hawaiian/Other  
Pacific Islander

Caucasian

Does this student have a parent on active military duty:  Yes  No

**If Yes:** Parent name and date parent first entered active duty: \_\_\_\_\_

## FIRST POLIO VACCINATION:

Immunization Date: \_\_\_\_\_ (Month/Day/Year)

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## LEY DE ÉXITO PARA TODOS LOS ALUMNOS

### NOMBRE DE ESTUDIANTE:

\_\_\_\_\_

Apellido

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Segundo nombre

### LUGAR DE NACIMIENTO:

\_\_\_\_\_

Ciudad

\_\_\_\_\_

Condado

\_\_\_\_\_

Estado

\_\_\_\_\_

País

Número de años en la escuela fuera de los Estados Unidos: \_\_\_\_\_

### ETNICIDAD:

¿Es el/la estudiante Hispano, Latino o de Origin Español?      Sí  No

### RAZA:

Escoja una o más de los siguientes independiente de la etnicidad:

Indio Americano o  
Alasqueño Nativo

Asiático

Americano Negro o  
Africano

Hawaiano Nativo/Otro  
Islaño Pacífico

Caucasiano

¿Tiene este estudiante un/a padre/madre en servicio activo militar?:     Sí     No

Sí: Nombre del padre/madre y la fecha que primeramente entró en servicio activo:

\_\_\_\_\_

### PRIMERA VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA:

Fecha de Vacuna: \_\_\_\_\_ (Mes/Día/Año)

\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_

Fecha



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

---

## RELEASE TO VIDEOTAPE AND PHOTOGRAPH

**Student Name** (print) \_\_\_\_\_ **Grade** \_\_\_\_\_

I hereby give my permission to the Highland Central School district to record my child/ward's image and/or voice for use in promotional, educational materials, district web page and/or to be interviewed and/or photographed/videotaped by the media. This coverage may be used for broadcasting or published in print. I understand that I will not receive monetary compensation for such use. By granting permission, I release the District from any liability for, and waive any and all claims against the District by reason of the publications, including but not limited to unlawful invasion of privacy.

I understand that the signing of this release does not obligate the District to use my child/ward's picture.

- Yes, I do give permission.
- No, I do not give permission.

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

---

## AUTORIZACIÓN DE GRABAR EN VÍDEO Y FOTOGRAFÍA

**Nombre de Estudiante** (letra de molde): \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_

Yo por la presente doy mi permiso al Distrito Escolar Central de Highland para grabar o el imagen y/o la voz de mi hijo/custodia para el uso en las materiales promocionales, materiales educacionales, la página web del distrito y/o para ser entrevistado y/o fotografiado/grabado en video por los medios de comunicación. Esta cobertura puede ser o usada por la industria de la comunicación o publicada. Comprendo que no recibiré compensación monetaria por tal uso. Por dar permiso, yo libero al Distrito de cualquier responsabilidad, y renuncio cualquier y todos reclamos contra el Distrito por razón de las publicaciones, incluyendo pero no limitado a la invasión de privacidad ilegal.

Comprendo que la firma de esta renuncia no obliga que el Distrito use la foto de mi hijo/custodia .

Sí, doy mi permiso.

No, no doy mi permiso.

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

---

## TELECOMMUNICATION USER AGREEMENT AND WAIVER FORM

I have read and understand the Highland Central School District's Telecommunications Use Administrative Regulation, as found on the district's website at:

[View Policy 7315: Student and Staff Acceptable Use](#) This policy is regarding student use of the data/voice/video network and the Internet. By signing this consent and waiver form, I give my permission for my child to be permitted access to the district's data/voice/video network system and the Internet. I understand that my child's in-school access to the Internet is designed solely for educational purposes. I also understand that a variety of inappropriate and offensive materials are available over the Internet, and it may be possible for my child to access these materials inadvertently or if he/she chooses to behave irresponsibly. I further understand that it is possible for undesirable or ill-tended individuals to communicate with my child over the Internet, that there is no practical way for the Highland Central School District to prevent this from happening, and that my child must take responsibility to avoid such communications if they are initiated. While I authorize the Highland Central School District faculty/staff to monitor any communications to and from my child on the district's data/voice/video network and Internet, I recognize that it is not possible for the District to monitor all such communications. I have determined that the benefits of my child having in-school access to the Internet outweigh the potential risks, and I will not hold the Highland Central School District or the Internet Access Provider, the Mid-Hudson Regional Information Center, responsible for material acquired or contacts made on the Highland Central School District's data/voice/video network or the Internet. I and my son/daughter further understand that any violation of the provisions in the telecommunications Use Policy/Administrative Regulation by my child may result in suspension or revocation of his/her system access and related privileges, other disciplinary action, and possible legal action.

---

**Name of Student (Print)**

---

**Student Grade**

---

**Parent/Guardian Signature**

---

**Date**



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

---

## ACUERDO DE USUARIO DE TELECOMUNICACIONES Y FORMULARIO DE RENUNCIA

He leído y entiendo el Reglamento Administrativo de Uso de Telecomunicaciones del Distrito Escolar Central de Highland, tal como se encuentra en la página web del distrito en:

[Consulta la Política 7315: Uso aceptable de estudiantes y personal](#) Esta política se refiere al uso por parte de los estudiantes de la red de datos/voz/vídeo e Internet. Al firmar este consentimiento y formulario de exención, doy mi permiso para que mi hijo tenga acceso al sistema de datos del distrito, voz y vídeo y a Internet. Entiendo que el acceso escolar de mi hijo a Internet está diseñado únicamente con fines educativos. También entiendo que hay una variedad de materiales inapropiados y ofensivos disponibles por Internet, y puede que mi hijo acceda a estos materiales de forma involuntaria o si decide comportarse de forma irresponsable. Además, entiendo que es posible que personas indeseables o mal atendidas se comuniquen con mi hijo por Internet, que no hay forma práctica para que el Distrito Escolar Central de Highland evite que esto ocurra, y que mi hijo debe asumir la responsabilidad de evitar tales comunicaciones si se inician. Aunque autorizo al profesorado y al personal del Distrito Escolar Central de Highland a supervisar cualquier comunicación hacia y desde mi hijo a través de la red de datos/voz/vídeo e Internet del distrito, reconozco que no es posible que el Distrito supervise todas esas comunicaciones. He determinado que los beneficios de que mi hijo tenga acceso a Internet en la escuela superan los riesgos potenciales, y no haré responsables al Distrito Escolar Central de Highland ni al proveedor de acceso a Internet, el Centro Regional de Información de Mid-Hudson, por el material adquirido o los contactos realizados en la red de datos/voz/vídeo del Distrito Escolar Central de Highland ni en Internet. Mi hijo e hija y yo entendemos además que cualquier violación de las disposiciones de la Política de Uso de Telecomunicaciones/Reglamento Administrativo por parte de mi hijo puede resultar en la suspensión o revocación de su acceso al sistema y privilegios relacionados, otras medidas disciplinarias y posibles acciones legales.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del estudiante (Impreso)**

\_\_\_\_\_  
**Curso del estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## ANNUAL MEDICAL UPDATE

Name:	DOB:	Age:	Grade:	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Parent/Guardian: (person completing this form)	Home Phone:		Date:	
	Cell Phone:			

Has your child ever:	YES	NO	If Yes, please explain and include date:
Had an ongoing medical condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seen a medical specialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Had allergies:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> food <input type="checkbox"/> environmental <input type="checkbox"/> insect <input type="checkbox"/> medication <input type="checkbox"/> other
Been hospitalization	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Had an operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Had an injury requiring an Emergency Room visit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Missed 5 days of school in a row due to illness/injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Had a bone/muscle injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Passed out, had a concussion or serious head injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Had a convulsion/seizure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Had a vision problem or condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> glasses <input type="checkbox"/> contacts
Had a hearing problem or condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hearing aid <input type="checkbox"/> cochlear implant
Worn dental bridge, braces or mouthpiece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Have any family members under the age of 50 ever:	YES	NO	If Yes, please specify:
Had a heart attack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Had other serious health problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### CHECK ALL THAT APPLY TO YOUR CHILD:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD                     | <input type="checkbox"/> GI Conditions (ulcer, reflux, IBS) | <input type="checkbox"/> Scoliosis  |
| <input type="checkbox"/> Asthma/trouble breathing | <input type="checkbox"/> Headaches/migraines                | <input type="checkbox"/> Single Organ ( <input type="checkbox"/> kidney, <input type="checkbox"/> testicle) |
| <input type="checkbox"/> Autism/Asperger          | <input type="checkbox"/> Heart Conditions                   | <input type="checkbox"/> Skin Condition   |
| <input type="checkbox"/> Dental Injuries          | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure                | <input type="checkbox"/> Speech Condition   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Mental Health Condition            | <input type="checkbox"/> Urinary Condition  |
| <input type="checkbox"/> Ear Infections           | (depression, eating disorder, anxiety, OCD, ODD, etc.)      |   |

CURRENT MEDICATIONS	YES	NO	Please list name, dose, time(s)
Given at school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Taken at home	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASSISTIVE EQUIPMENT	YES	NO	Please check all that apply
During or outside of school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> crutches <input type="checkbox"/> walker <input type="checkbox"/> wheelchair <input type="checkbox"/> other:
TREATMENTS	YES	NO	
During or outside of school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> insulin/blood glucose monitoring <input type="checkbox"/> inhaler/nebulizer/peak flow monitoring <input type="checkbox"/> special diet

Are there any conditions that would prevent your child from participating in physical education or sports?

No  Yes: \_\_\_\_\_

Please list any additional concerns: (use back of sheet if necessary) \_\_\_\_\_

I give permission to release medical information to the appropriate staff members of Highland Central School District so that they can be informed of my student's condition.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## ACTUALIZACIÓN MÉDICA ANUAL

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Grado:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Padre/Tutor: (persona que completa este formulario)	Teléfono de casa: Teléfono celular:		Fecha:	

¿Su hijo alguna vez:	SÍ	NO	En caso afirmativo, sírvase explicar e incluir la fecha:
Tenía una afección médica continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seen un especialista médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Had alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha sido hospitalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una lesión que requirió una visita a la sala de emergencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perdió 5 días seguidos de escuela debido a una enfermedad / lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una lesión ósea/muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se desmayó, tuvo una conmoción cerebral o una lesión grave en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una convulsión/convulsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo un problema o afección de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lentes de contacto
Tuvo un problema o afección auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Implante coclear para audífonos
Puente dental, aparatos ortopédicos o boquilla desgastados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Tener algún miembro de la familia menor de 50 años:</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>En caso afirmativo, sírvase especificar:</b>
Tuvo un ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenía otros problemas de salud graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### MARQUE TODO LO QUE SE APLICA A SU HIJO:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH                          | <input type="checkbox"/> Condiciones gastrointestinales (depresión, trastorno alimentario, ansiedad, TOC, ODD, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Asma/dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> (úlceras, reflujo, SII)   |
| <input type="checkbox"/> Autismo/Asperger              | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas  |
| <input type="checkbox"/> Lesiones dentales             | <input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> High presión arterial   |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del oído          | <input type="checkbox"/> Condición de salud mental   |
|  | <input type="checkbox"/> Escoliosis  |
|  | <input type="checkbox"/> Órgano único ( <input type="checkbox"/> riñón, <input type="checkbox"/> testículo)          |
|  | <input type="checkbox"/> Condición de la piel  |
|  | <input type="checkbox"/> Condición del habla   |
|  | <input type="checkbox"/> Condición urinaria  |

MEDICAMENTOS ACTUALES	SÍ	NO	Por favor, indique nombre, dosis, hora(s)
Impartido en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomado en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EQUIPO DE ASISTENCIA	SÍ	NO	Por favor, marque todo lo que corresponda
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> andador <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> otros:
TRATAMIENTOS	SÍ	NO	
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Insulina/Blood Monitoreo de glucosa Inhalador/nebulizador/Monitoreo de flujo máximo Dieta especial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

¿Hay alguna condición que impida que su hijo participe en educación física o deportes?  No  Sí:

Por favor, enumere cualquier inquietud adicional: (use el reverso de la hoja si es necesario) \_\_\_\_\_

Doy permiso para divulgar información médica a los miembros del personal apropiado del Distrito Escolar Central de Highland para que puedan ser informados de la condición de mi estudiante.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_