PORT CHESTER
PUBLIC SCHOOLS

Port Chester-Rye Union Free School District
113 Bowman Avenue, Port Chester, NY 10573

Corpus Christi-Holy Rosary School
135 South Regent Street, Port Chester, NY 10573

Invierno, 2026

Estimados Padres/Tutores,

Nos gustaría invitarle a inscribir a su(s) hijo(s) en el programa de preescolar universal (UPK) del distrito escolar de Port Chester-Rye. Adjunto encontrará el paquete de inscripción para el año escolar 2026-2027.

Tenga en cuenta que este es un programa financiado por el estado, no confesional y exclusivo para residentes de Port Chester. El programa UPK tiene una duración de cinco horas, de 8:15 a.m. a 1:15 p.m.

El programa Port Chester-Rye UFSD UPK se administra e imparte en la escuela Corpus Christi-Holy Rosary, nuestra institución colaboradora. Se espera que todos los estudiantes matriculados en el programa UPK cumplan con el código de conducta y las normas y reglamentos diarios de la escuela Corpus Christi-Holy Rosary.

Todas las aplicaciones deben presentarse en persona en **135 South Regent Street en Port Chester, Nueva York,** entre las **3:00 p.m. y las 6:00 p.m. entre el 21 y el 23 de enero**. Después de esa fecha, llame a la Directora de Operaciones del UPK para programar una cita. **Tenga en cuenta que debe traer a su(s) hijo(s) cuando presente su aplicación. Si necesita hacer arreglos alternativos para el registro,** comuníquese con **Gloria Guerra, Operaciones del UPK, al 914-937-4407** para discutirlo.

Debe traer consigo los formularios **COMPLETOS** que se enumeran a continuación, así como cualquier copia de los documentos requeridos:

- ☐ Formulario de Cuestionario de Vivienda **(original, requerido, se debe completar en persona en el momento de la registración)**
- ☐ Acta de nacimiento u otra prueba de nacimiento **(copia, requerida)**
- ☐ Identificación con Foto de los Padres/Tutores **(copia, requerida)**
- ☐ Formulario de Evaluación de Certificado de Salud [Completado por un Médico] **(original, requerido)**
- ☐ Registro(s) de vacunación más reciente(s) **(copia, requerida)**
- ☐ Formulario de Exclusión Voluntaria de Fotografía/Video **(original, requerido)**
- ☐ Formulario de Centro de Salud Escolar **(original, opcional)**
- ☐ Formulario de Salud Dental del Estado de Nueva York [formulario D-2] **(original, opcional)**
- ☐ Prueba de residencia **(copia, requerida)** [ejemplos a continuación]:
  - Arrendamiento residencial, hipoteca o escritura
  - Una declaración de un arrendador
  - Una declaración de un tercero que establezca su presencia en el Distrito Escolar de Port Chester-Rye UFSD (por ejemplo, oficial de policía, clérigo, trabajador social, etc.)

Por favor, envíe también una **copia de al menos una** evidencia relevante adicional (ejemplos a continuación):

- Formulario de Impuesto
- Talón de pago
- Facturas de servicios públicos u otras facturas
- Documentos de membresía basados en la residencia (por ejemplo, tarjetas de biblioteca)
- Documento(s) de registro de votantes
- Otros documentos de identificación emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, agencia de servicios sociales local, Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados)
- Evidencia de custodia del niño(s) en cuestión, incluyendo, entre otros, custodia judicial u orden o documentación de tutela.

La inscripción se realizará en orden alfabético durante la primera semana y debe realizarse en persona (consulte el paquete de inscripción para obtener todos los detalles).

Calendario de inscripción de la primera semana:
21 de enero de 2026 - Se abre la inscripción para estudiantes cuyo apellido comience con A - I
22 de enero de 2026 - Se abre la inscripción para estudiantes cuyo apellido comience con J - R
23 de enero de 2026 - Se abre la inscripción para estudiantes cuyo apellido comience con S - Z

Después del 23 de enero de 2026 (y cuando el UPK esté en sesión), la inscripción está abierta a todos los residentes elegibles de Port Chester SÓLO con cita previa en 135 South Regent Street en Port Chester, NY. Para programar una cita llame a la Sra. Gloria Guerra al 914-937-4407.

Si es necesario, toda la información de la lotería se encuentra en nuestro sitio web del UPK (www.portchesterschools.org/district/upk) en "Enlaces importantes". Los padres/tutores serán notificados sobre la colocación de niños en agosto de 2026 una vez que se hayan determinado.

¡Lo más importante es que estamos ansiosos por conocer a su(s) hijo(s)!

Calurosamente,

Sra. Deirdre McDermott
Directora de la Escuela Corpus Christi-Holy Rosary

Dra. Katherine Sinsabaugh
Supervisora del UPK

PORT CHESTER PUBLIC SCHOOLS

Port Chester-Rye Union Free School District
113 Bowman Avenue, Port Chester, NY 10573

Corpus Christi-Holy Rosary School
135 South Regent Street, Port Chester, NY 10573

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No Binarie

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.

¿Donde está el estudiante viviendo actualmente? (*Por favor marque <u>una</u> 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.

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

Rev. 9-28-21

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Finalidad del Cuestionario de Vivienda

Se requiere que todos los distritos escolares (LEA, por sus siglas en inglés) identifiquen a los estudiantes sin hogar. Entre los distritos, se incluyen los distritos escolares, las escuelas autónomas subsidiadas por el gobierno y las Juntas de Servicios Educativos Cooperativos (BOCES, por sus siglas en inglés). Asimismo, todos los distritos que reciben fondos del Título I deben preguntarles a los estudiantes sobre su situación de vivienda. El Departamento de Educación del Estado de Nueva York (New York State Education Department, NYSED) alienta a todos los distritos a hacer lo mismo, independientemente de si reciben o no fondos del Título I. Para recopilar esta información, los distritos pueden hacer lo siguiente:

1. usar el Cuestionario de Vivienda adjunto aquí;
2. actualizar o modificar el Formulario Modelo de Inscripción - Cuestionario de Vivienda para abordar las necesidades del distrito; o
3. incorporar la pregunta sobre la situación de vivienda del Formulario Modelo de Inscripción - Cuestionario de Residencia en el Formulario de Inscripción del distrito u otros documentos que ya utilicen los distritos en el proceso de inscripción.

En caso de que un distrito elija la tercera opción e incorpore la pregunta sobre la situación de vivienda en el Formulario de Inscripción del distrito, el distrito debería tomar las medidas correspondientes para garantizar que la situación de vivienda del estudiante no forme parte del registro permanente del estudiante dado el carácter confidencial de dicha información. Consulte la sección llamada "Confidencialidad" (más abajo) para obtener información sobre cómo y cuándo se compartirá la información sobre la vivienda dentro del distrito.

¿Quiénes deberían completar el Cuestionario de Vivienda?

Todos los estudiantes que se inscriban en la escuela y todos los estudiantes que cambien de dirección desde jardín de infantes hasta 12.° grado deben completar un Cuestionario de Vivienda. "Jardín de infantes" incluye cualquier programa de jardín de infantes financiado o administrado por el distrito, como preescolar o un programa Head Start administrado por un distrito. El padre, la madre o la persona en relación parental deben completar el Cuestionario de Vivienda o, en el caso de un joven sin acompañamiento, directamente el estudiante debe completarlo.

Confidencialidad

La información sobre la vivienda del estudiante deberá mantenerse confidencial en la mayor medida posible. Esta información debe compartirse únicamente con miembros del personal de la escuela o del distrito que precisen contar con información sobre la situación de vivienda para asegurarse de que se satisfagan las necesidades educativas del estudiante. A tal fin, el distrito podrá compartir el Cuestionario de Vivienda del estudiante con personal del distrito, a saber:

1. el enlace del distrito,
2. el funcionario del registro,
3. los maestros o asesores de orientación del estudiante, y
4. el miembro del personal del distrito responsable de informar datos al SED.

No obstante, esta información debe compartirse únicamente con los miembros del personal mencionados en la medida que les permita satisfacer de una mejor manera las necesidades educativas del estudiante en cuestión y cumplir con los requisitos de informes establecidos por el SED.

A excepción de los usos mencionados, la información sobre vivienda **debe mantenerse confidencial y no debe compartirse** con personal de otras escuelas o distritos debido al carácter de confidencialidad y al estigma asociado a ser catalogado como "sin hogar". Se invita también a los distritos a buscar distintas maneras de evitar que los Cuestionarios de Vivienda y la información sobre la vivienda pasen a formar parte del registro permanente de un estudiante.

Analizar el Cuestionario de Vivienda con Estudiantes y Familias

En el momento de revisar el Cuestionario de Vivienda con el padre, la madre, personas en relación parental y jóvenes sin acompañamiento, los distritos deben enfatizar que la información se recopila para garantizar que los estudiantes que poseen acuerdos de hogar temporal gocen de los derechos y servicios que se les otorgaron en virtud de la Ley McKinney-Vento. Los derechos y servicios incluyen lo siguiente:

1. el derecho a permanecer en la misma escuela a la que asistía el estudiante antes de perder su vivienda o en la última escuela a la que asistió (ambas conocidas como escuela de origen);
2. el derecho a inscripción inmediata para aquellos estudiantes que deciden cambiar de escuela, incluso si el estudiante no cuenta con todos los documentos que normalmente se exigirían para la inscripción;
3. servicios de transporte, en caso de que el estudiante siga asistiendo a la escuela de origen;
4. elegibilidad categórica para servicios del Título I, en caso de que se ofrezcan en el distrito;
5. elegibilidad categórica para comidas gratuitas, en caso de que se ofrezcan en el distrito; y

6. acceso a los servicios prestados con fondos de McKinney-Vento, en caso de estar disponibles en el distrito.

Asimismo, el distrito debería asegurarse de que el padre, la madre, la persona en relación parental o el joven sin acompañamiento sepan que la situación sobre la vivienda del estudiante se mantendrá confidencial y que solo se compartirá con el personal del distrito que sea responsable de prestar los servicios al estudiante y con los responsables de llevar un registro de la cantidad de estudiantes que se encuentran identificados como residentes en hogares temporales en el distrito.

Se recomienda a los distritos explicarles al padre o a la madre que, en caso de que el padre o la madre informe que su hijo(a) está viviendo en un hogar temporal, y el distrito quiera realizar una investigación para comprobar esta información, es posible que el distrito haga una visita al hogar. No obstante, el distrito **no puede ponerse en contacto con un propietario o superintendente del edificio** para corroborar la situación de vivienda de un estudiante sin el consentimiento previo del padre o la madre. Ponerse en contacto con un propietario o superintendente del edificio sin el permiso expreso previo y por escrito del padre o la madre constituye una violación de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés).

Si el Padre, la Madre, la Persona en Relación Parental o el Joven Sin Acompañamiento se Niegan a Completar el Cuestionario de Vivienda

Si el padre, la madre, la persona en relación parental o el joven sin acompañamiento se niegan a completar el cuestionario de vivienda, el distrito debería indicar en el formulario que el padre, la madre o la persona en relación parental o el joven sin acompañamiento, se negaron a brindar la información solicitada.

Completar el Formulario

Si el padre, la madre, la persona en relación parental o el joven sin acompañamiento que realizan la inscripción en una escuela indican que el estudiante está viviendo en uno de los cinco acuerdos de hogares temporales, no será necesario que la escuela verifique dónde está viviendo el estudiante antes de inscribirlo. Los cinco acuerdos de hogares temporales se mencionan a continuación:

1. en un refugio;
2. con otra familia u otra persona (a veces conocido como "vivienda compartida");
3. en un hotel/motel;
4. en un carro, parque, autobús, tren, o camping; u
5. otra vivienda temporal.

Una vez que el estudiante está inscrito y asiste a clases, la escuela o el distrito pueden corroborar los acuerdos de vivienda del estudiante. No obstante, primero debe inscribirse al estudiante en la escuela. Una vez más, los distritos **no pueden ponerse en contacto con un propietario o superintendente del edificio** para corroborar la situación de vivienda de un estudiante. (Ver arriba para más información.)

Definiciones de Acuerdos de Hogar Temporal

"Con otra familia u otra persona" (a veces conocido como "vivienda compartida")

Los distritos deberían saber que los estudiantes que comparten la vivienda con otros son elegibles para acceder a los servicios establecidos en virtud de la Ley McKinney-Vento y la ley del Estado, en caso de que la situación de vivienda compartida se deba a la pérdida de vivienda, dificultades económicas u otro motivo similar.

"Otra vivienda temporal"

Además de los cuatro ejemplos de hogar temporal, los estudiantes que no tienen un lugar de residencia nocturna "fijo, adecuado y regulares" también se encuentran cubiertos bajo la categoría "sin hogar" en virtud de lo establecido en la Ley McKinney-Vento y la ley del Estado. Esto podría incluir a jóvenes sin acompañamiento que huyeron de su hogar o que se vieron obligados a dejar su hogar y que, de otro modo, no se ajustan a la definición de "vivienda compartida".

"En un hogar permanente"

Por hogar permanente se hace referencia a que los acuerdos de hogar del estudiante son "fijos, adecuados y regulares".

Próximos Pasos para los Distritos con Estudiantes que Viven en Acuerdos de Hogar Temporal

Si el padre, la madre, la persona en relación parental o el joven sin acompañamiento indican que el estudiante está viviendo en un hogar temporal, el distrito debe completar un Formulario de Designación. En caso de que el distrito considere que se requiere más información antes de tomar una decisión final sobre la elegibilidad del estudiante en virtud de McKinney-Vento, no debería demorarse la inscripción y debería completarse de todos modos un Formulario de Designación. Para más información sobre cómo se determina la elegibilidad, consulte el documento Cómo Determinar la Elegibilidad del National Center on Homeless Education (Centro Nacional de Educación para los Niños y Jóvenes sin Hogar) disponible en: http://nche.ed.gov/downloads/briefs/det_elig.pdf.

Si el estudiante a quien se identifica como "sin hogar" residía en un hogar permanente en otro distrito escolar, el distrito de asistencia o el distrito local será elegible para acceder a un reembolso de la matrícula por parte del SED por el costo de la educación del estudiante. En caso de resultar elegibles para un reembolso de la matrícula, los distritos escolares deberían completar un formulario STAC-202. Para más información sobre los formularios STAC-202, póngase en contacto con la Oficina de STAC al 518-474-7116 o con NYS-TEACHS al 800-388-2014. Rev. 9-28-21

Distrito Escolar Port Chester – Rye Unión libre

Información del Estudiante

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ / ____ /_____ mes día año	Calle	Ciudad
_____ Masculino _____ Femenino	Lugar de nacimiento: Ciudad	Estado País

Teléfono primario:	Otro (Celular):

Entrando al Grado:	Nombre del Padre/Madre/Tutor:

¿Es el estudiante Hispano o Latino? ☐ Si, Hispano o Latino ☐ No, no Hispano o Latino

Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales. Para esta pregunta marque (√) todos los grupos que pertenecen a su hijo/a; marque al menos UN cuadro:

☐ BLANCO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de España, África del Norte, o el Medio Oriente.

☐ NEGRO: Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negro de África.

☐ NATIVO HAWAIIANO U OTRO de las ISLAS del PACIFICO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

☐ ASIATICO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

☐ NATIVOS INDIO AMERICANO o NATIVOS de ALASKA: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y América del Sur (incluyendo América Central) y que derivan de una afiliación de tribus o identificación dependiente a través de tribus. Por ejemplo, Cherokee, Mohawk, Inuit, maya, inca (pero no limitado a estos listados).

Médico del Estudiante:	Nombre	Teléfono
	Dirección	

Contacto de Emergencia: (si el padre no está disponible)	Nombre	Teléfono	Relación
	Nombre	Teléfono	Relación

Información del padre/tutor:	Madre/tutor #1	Padre/tutor #2
Relación con el estudiante:		
Apellido		
Primer nombre:		
Segundo nombre:		
Calle en dónde reside:		
Ciudad:		
Estado:		
Código de área:		
Teléfono primario:		
Teléfono celular:		
Dirección de correro electrónico:		

	Nombre:	Relación con el estudiante UPK	Género	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Escuela
Hermanos del estudiante UPK que viven en casa:					

Nota: Para que una registración sea considerada completa, toda la documentación requerida debe ser entregada.

Por la presente certifico que toda la información dada anteriormente es verdadera y actual conforme a la fecha de hoy día.

Entiendo y doy consentimiento para que mi información personal y de contacto sea usada por la escuela con el fin de mantenerme informado sobre los asuntos relacionados con la misma.

Firma del padre/tutor

Fecha

PORT CHESTER
PUBLIC SCHOOLS

Port Chester-Rye Union Free School District
113 Bowman Avenue, Port Chester, NY 10573

Dr. Aurelia Henriquez | **Dr. Colleen Carroll**
Superintendent of Schools | Deputy Superintendent

VER ADJUNTO

Requisitos de Inmunización del Estado de Nueva York para la Inscripción/Asistencia

A los estudiantes que se presenten sin la documentación de haber recibido vacunas, o una cantidad insuficiente de vacunas o prueba de inmunidad, se les puede permitir un período de gracia para asistir a la escuela por no más de 14 días del calendario; el cual se puede extender a no más de 30 días del calendario para un estudiante individual que se transfiere fuera del estado o de otro país y puede mostrar un esfuerzo de buena fe para obtener la evidencia necesaria de inmunización. (10NYCRR 66-4)

Los estudiantes que deseen inscribirse en el Centro de Salud Escolar de Open Door Family con el propósito de obtener inmunizaciones pueden inscribirse con el proveedor del sitio escolar. Los formularios de inscripción están disponibles bajo petición.

Por favor envíe prueba de inmunización a la enfermera de la escuela donde su hijo asistirá a la escuela.

La prueba de inmunización debe ser **1 de cualquiera de las 3** opciones que se enumeran a continuación:

- Un certificado de vacunación firmado por el médico
- Informe de Registro de Vacunación (NYSIIS o CIR de Nueva York) de su proveedor de atención de salud o del departamento de salud de su condado
- Un informe del laboratorio de análisis de sangre que demuestra que su hijo/a es inmune a las enfermedades
    - Para varicela, una nota de su médico (MD, NP, PA) que dice que su hijo/a tuvo varicela también es aceptable

Si tiene preguntas o dudas sobre las vacunas, por favor, póngase en contacto con el personal de salud escolar.

Gracias.

Atentamente,
Enfermera de la Escuela

Año escolar 2024-2025
Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela[1]

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

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

Vacunas	Prekindergarten (guardería infantil, programa Head Start, guardería o pre-K)	Kindergarten y 1.°, 2.°, 3.°, 4.° y 5.° grado	6.°, 7.°, 8.°, 9.°, 10.° y 11.° grado	12.° grado
Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)[2]	**4 dosis**	**5 dosis o 4 dosis** si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o **3 dosis** si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año	**3 dosis**	
Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes[3]		**No corresponde**		**1 dosis**
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)[4]	**3 dosis**	**4 dosis o 3 dosis** si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)[5]	**1 dosis**	**2 dosis**		
Vacuna contra la hepatitis B[6]	**3 dosis**	**3 dosis o 2 dosis** de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad		
Vacuna contra la varicela[7]	**1 dosis**	**2 dosis**		
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)[8]		**No corresponde**	**7.°, 8.°, 9.°, 10.° y 11.° grado: 1 dosis**	**2 dosis o 1 dosis** si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)[9]	**1 a 4 dosis**	**No corresponde**		
Vacuna neumocócica conjugada (PCV)[10]	**1 a 4 dosis**	**No corresponde**		

1. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra el sarampión, las paperas o la rubéola o una confirmación de laboratorio de dichas enfermedades son pruebas aceptables de la inmunidad ante estas. Las pruebas serológicas para la poliomielitis son una prueba aceptable de la inmunidad solo si la prueba se hizo antes del 1 de septiembre de 2019 y los tres serotipos dieron positivo. Un análisis de sangre con resultado positivo para el anticuerpo de superficie contra la hepatitis B es una prueba aceptable de la inmunidad ante la hepatitis B. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra la varicela, una confirmación de laboratorio de varicela o el diagnóstico de un médico, un asistente médico o un enfermero de práctica avanzada de que un niño tuvo varicela son pruebas aceptables de la inmunidad ante la varicela.

2. Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y tos ferina acelular (DTaP). (Edad mínima: 6 semanas)
   a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de 5 dosis de la vacuna DTaP a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 15 y 18 meses de edad, y a los 4 años de edad o más. La cuarta dosis puede aplicarse a partir de los 12 meses de edad, siempre que hayan transcurrido por lo menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario que se repita la cuarta dosis de DTaP si se aplicó al menos 4 meses después de la tercera dosis de DTaP. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
   b. Si la cuarta dosis de DTaP se aplicó a los 4 años de edad o más, y al menos 6 meses después de la tercera dosis, no se requiere la quinta dosis (de refuerzo) de la vacuna DTaP.
   c. Los niños mayores de 7 años que no estén completamente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños deben recibir la vacuna Tdap como primera dosis de la serie de actualización; si se necesitan dosis adicionales, use la vacuna Td o Tdap. Si les aplicaron la primera dosis antes de su primer año de edad, deben aplicarse 4 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años de edad o más. Si les aplicaron la primera dosis a partir de su primer año de edad, deben aplicarse 3 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años o más.

3. Refuerzo de la vacuna con toxoides tetánico y diftérico y de la vacuna contra la tos ferina acelular (Tdap) para adolescentes. (Edad mínima para 6 a 10 grado: 10 años; edad mínima para 11 a 12 grado: 7 años).
   a. Los estudiantes mayores de 11 años que ingresan a los grados de 6.° a 12.° deben recibir una dosis de Tdap.
   b. Además del requisito para 6.° a 12.° grado, la vacuna Tdap también se puede aplicar como parte de la serie de vacunas de actualización para estudiantes mayores de 7 años que no estén totalmente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños, como se describió arriba. En el año escolar 2024-2025, solo las dosis de Tdap aplicadas a los 10 años o más cumplirán el requisito de Tdap para los estudiantes en los grados 6.° a 10.°; sin embargo, las dosis de Tdap aplicadas a los 7 años o más cumplirán el requisito para los estudiantes en los grados 11.° a 12.°.
   c. Los estudiantes que tienen 10 años de edad en 6.° grado y que aún no recibieron la vacuna Tdap cumplen los requisitos hasta que tengan 11 años.

4. Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) o vacuna antipoliomielítica oral (OPV). (Edad mínima: 6 semanas)
   a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de IPV a los 2 meses, 4 meses y entre los 6 y 18 meses de edad, y a los 4 años de edad o más. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
   b. Para los estudiantes que recibieron la cuarta dosis antes de su cuarto año de edad y antes del 7 de agosto de 2010, es suficiente aplicar 4 dosis con al menos 4 semanas de diferencia.
   c. Si la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica se aplicó a los 4 años de edad o más y por lo menos 6 meses después de la dosis anterior, no se requerirá la cuarta dosis.
   d. Para los niños con antecedentes de OPV, solo la OPV trivalente (tOPV) se tiene en cuenta para los requisitos de la vacuna antipoliomielítica en las escuelas del Estado de Nueva York. Las dosis de OPV aplicadas antes del 1 de abril de 2016 deben incluirse a menos que se indiquen específicamente como monovalentes, bivalentes o como aplicadas durante una campaña de vacunación contra el virus de la poliomielitis. Las dosis de OPV aplicadas a partir del 1 de abril de 2016 no deben incluirse.

5. Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR). (Edad mínima: 12 meses)
   a. La primera dosis de la vacuna MMR debe haberse aplicado a partir del primer año de edad. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
   b. Sarampión: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.°.
   c. Paperas: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.°.
   d. Rubéola: Se necesita por lo menos una dosis para todos los grados (prekindergarten hasta 12.° grado).

6. Vacuna contra la hepatitis B
   a. La primera dosis puede aplicarse al nacer o en cualquier momento después. La segunda dosis debe aplicarse al menos 4 semanas (28 días) después de la primera dosis. La tercera dosis debe aplicarse al menos 8 semanas después de la segunda dosis Y al menos 16 semanas después de la primera dosis, PERO no antes de las 24 semanas (cuando se apliquen 4 dosis, reemplazar "cuarta dosis" por "tercera dosis" en estos cálculos).
   b. Dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) aplicadas con al menos 4 semanas de diferencia entre los 11 y 15 años cumplirán el requisito.

7. Vacuna contra la varicela. (Edad mínima: 12 meses)
   a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela debe haberse aplicado a partir del primer año. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
   b. Para los niños menores de 13 años, el intervalo mínimo recomendado entre dosis es de 3 meses (si la segunda dosis se aplicó por lo menos 4 semanas después de la primera dosis, se puede aceptar como válida); para los mayores de 13 años, el intervalo mínimo es de 4 semanas.

8. Vacuna antimeningocócica conjugada ACWY (MenACWY). (Edad mínima para 7 a 11 grado: 10 años; edad mínima para 12 grado: 6 semanas).
   a. Se requiere una dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada (Menactra, Menveo o MenQuadfi) para los estudiantes que ingresan a los grados 7.°, 8.°, 9.°, 10.° y 11.°.
   b. Para los estudiantes del 12.° grado, si la primera dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada se aplicó a los 16 años o más, no se requiere la segunda dosis (de refuerzo).
   c. La segunda dosis debe haberse aplicado a los 16 años o más. El intervalo mínimo entre dosis es de 8 semanas.

9. Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib). (Edad mínima: 6 semanas)
   a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna Hib a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
   b. Si se aplicaron 2 dosis de vacuna antes de los 12 meses de edad, solo se requieren 3 dosis si la tercera dosis se aplica entre los 12 y 15 meses de edad y al menos 8 semanas después de la segunda dosis.
   c. Si la primera dosis se recibió entre los 12 y 14 meses de edad, solo se requieren 2 dosis si la segunda dosis se aplicó al menos 8 semanas después de la primera dosis.
   d. Si se aplicó la primera dosis a los 15 meses de edad o más, solo se requiere 1 dosis.
   e. No se requiere la vacuna Hib para niños mayores de 5 años.
   f. Para más información, consulte la Guía de actualización para niños sanos de 4 meses a 4 años de los CDC.

10. Vacuna neumocócica conjugada (PCV). (Edad mínima: 6 semanas)
   a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna PCV a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
   b. Los niños no vacunados de 7 a 11 meses de edad deben recibir 2 dosis, con al menos 4 semanas de diferencia, seguidas de una tercera dosis entre los 12 y los 15 meses de edad.
   c. Los niños no vacunados de 12 a 23 meses de edad deben recibir 2 dosis de la vacuna con al menos 8 semanas de diferencia.
   d. Si se recibió una dosis de la vacuna a los 24 meses de edad o más, no se requieren dosis adicionales.
   e. La PCV no es obligatoria para los niños mayores de 5 años.
   f. Para más información, consulte la Guía de actualización para niños sanos de 4 meses a 4 años de los CDC.

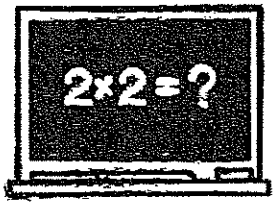
Para obtener más información, comuníquese con:

New York State Department of Health
Division of Vaccine Excellence
Room 649, Corning Tower ESP
Albany, NY 12237
(518) 473-4437

New York City Department of Health and Mental Hygiene
School Compliance Unit, Bureau of Immunization
42-09 28th Street, 5th floor
Long Island City, NY 11101
(347) 396-2433



PADRES: Los requisitos escolares de vacunación del NYS han cambiado



Las exenciones no médicas de los requisitos escolares de vacunación han finalizado para los niños que asisten a la guardería y a la escuela desde el preescolar hasta el 12.° grado en el estado de Nueva York. Esto incluye todas las escuelas públicas, privadas y religiosas. Las exenciones religiosas ya no están permitidas.

Los niños con exenciones no médicas ahora deben vacunarse para asistir o seguir asistiendo a la escuela.

Este cambio no afecta a los estudiantes que ya tengan todas las vacunas necesarias para la escuela ni a los estudiantes que tengan una exención médica válida autorizada por un médico.

PLAZOS IMPORTANTES PARA LA VACUNACIÓN:



- **En un plazo de 14 días desde el primer día de escuela o guardería,** los niños deben recibir la primera dosis adecuada para su edad de cada serie de vacunas para asistir o seguir asistiendo a la escuela o la guardería.
- **En un plazo de 30 días desde el primer día de escuela o guardería,** los padres o tutores deben demostrar que programaron las citas para las próximas dosis de seguimiento requeridas para sus hijos. La fecha límite para cada dosis de seguimiento depende de la vacuna.

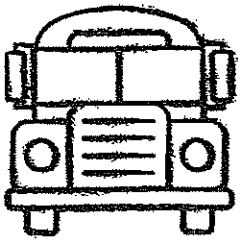
¿Qué vacunas necesita mi hijo?



Hable con su proveedor de atención médica para que lo ayude a determinar qué vacunas puede necesitar su hijo.

¿Es seguro que mi hijo reciba más de una vacuna por vez?

Los datos científicos indican que es seguro recibir varias vacunas al mismo tiempo. Esto también implica menos visitas al consultorio, lo cual puede ser menos estresante para su hijo. Para obtener más información, visite **health.ny.gov/vaccinesafety.**



Consejos para ayudar a su hijo a relajarse durante la próxima consulta para recibir una vacuna:

www.cdc.gov/vaccines/parents/visit/less-stressful.html
www.cdc.gov/vaccines/parents/tools/tips-factsheet.pdf

NEW YORK STATE | **Department of Health**

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	Date
TB-PRN	☐	☐		☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥5 µg/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 ONLY 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: *(please print)*

Provider Address:

Phone:	Fax:

Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.

Distrito Escolar Port Chester-Rye Unión Libre

113 Bowman Avenue
Port Chester, New York 10573
914.934.7925
www.portchesterschools.org

FORMULARIO DE NO DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS/VIDEOS

(Por favor, llene este formulario y devuélvase **SOLAMENTE SI USTED NO AUTORIZA** que su estudiante aparezca en imágenes de publicidad de la escuela, anuarios, o videos como las publicaciones en la página web o medios sociales de la escuela o el Distrito.)

En nuestras escuelas, se realizan muchas actividades y logros que el Distrito Escolar de Port Chester-Rye considera que son positivos, y de interés periodístico y comunitario. Cada cierto tiempo, empleados del Distrito o programas colaboradores utilizarán fotografías o videos con el propósito de destacar los logros estudiantiles, o resaltar actividades en los salones de clase o en las escuelas. Dichas imágenes podrían utilizarse en boletines informativos, boletines escolares, fotografías de la clase, anuarios, y otros materiales impresos que publican el Distrito Escolar de Port Chester-Rye o aquellos que operan bajo su autorización. Es probable que dichas imágenes se utilicen en las páginas web de la escuela y/o del Distrito; asimismo, podrían enviarse a los medios de difusión para una posible publicación.

Si, por alguna razón, **usted no desea** que el Distrito Escolar de Port Chester-Rye o los medios de difusión utilicen la imagen de su hijo con fines de publicidad positiva, por favor, llene este formulario y devuélvelo a la oficina de la escuela. Es necesario llenar un formulario por estudiante.

Este formulario solo es necesario para el año escolar en vigencia y para las actividades en el salón de clase o eventos escolares que aún no se ofrecen al público.

☐ NO deseo que se tomen fotografías/ hagan videos de mi hijo para su uso en los medios de difusión o en la publicidad de la escuela.

Nombre completo del estudiante (por favor imprime) _____

Escuela _____ Grado pre-jardín infantil universal

Nombre del padre o tutor _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha_____

Por favor, devuelva este formulario firmado a la oficina de su escuela

Open Door Care Network

Consentimiento para el Centro de Salud Escolar

PORT CHESTER PUBLIC SCHOOLS

Nombre del Estudiante:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		Código Postal:	

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/hija reciba servicios de salud en el Centro de Salud Escolar de Port Chester-Rye (Open Door). Autorizo que un médico ó profesional de la salud provea servicios de salud tales como:

- Exámenes físicos anuales incluyendo exámenes físicos para deportes.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas
- Tratamiento de lesiones menores.
- Exámenes de la visión y oído.
- Vacunaciones.
- Educación en temas de salud, consejería y promoción de la salud integral.
- Educación en Nutrición y manejo del peso.
- Cuidado Dental Preventivo (incluyendo chequeos y tratamiento).
- Medicamentos con receta.
- Servicios de Salud Reproductiva apropiada según la edad, por ejemplo: consejería de abstinencia, educación, exámenes de enfermedades de transmisión sexual y embarazo, consultas a especialistas.
- Salud Mental y Conductual
- Consultas con especialistas de servicios de salud que no provea el Centro de Salud Open Door con base en las Escuelas de Port Chester.

Yo doy mi permiso para que se le practiquen los exámenes médicos, evaluaciones, y el tratamiento necesario para el cuidado de la salud de mi hijo/hija. Yo consiento el intercambio de información médica entre la enfermera de la escuela, el médico de mi hijo/a, el consejero y cualquier otro profesional médico que pueda ser necesario para el cuidado de la salud de mi hiijo/a. El record médico del estudiante es electrónico y será mantenido como un record médico confidencial, no es un record escolar. Yo también entiendo que la confidencialidad será observada entre el personal de la escuela y el estudiante que usa el Centro de Salud.

Finalmente, autorizo a Open Door Care Network que provea información acerca del tratamiento, a Terceros Pagantes ó a otros con el propósito de facturación y por cualquier motivo que sea necesario para cumplir con la leyes y regulaciones de acuerdo con las normas aceptadas de la medicina.

Yo he leído toda la información anterior y tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas. Yo comprendo que este consentimiento tendrá vigencia por todo el tiempo que mi hijo/a permanezca matriculado en el Distrito Escolar Free Unión de Port Chester-Rye, a menos que yo notifique al Centro de Salud por escrito. Yo comprendo además que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Firma del padre ó guardián legal	_____ Fecha: _____
Números de Teléfonos donde podemos contactarlo	Casa:
	Trabajo:
	Celular:

Elija uno:

A. Me gustaría que el proveedor del Centro de Salud Escolar sea el médico de mi hijo/a (exámenes físicos, visitas médicas cuando enferme etc.) ☐ Sí

B. Yo tengo un doctor regular para mi hijo/a y me gustaría usar el Centro de Salud Escolar para visitas cuando enferme y otros cuidados cuando sea necesario ☐ Sí

El nombre de mi médico regular es: _____

Me gustaría que el Centro de Salud Escolar comparta los registros médicos con el doctor de mi hijo/a ☐ Sí ☐ No

Escuela:	Tiene seguro médico so hijo/a? ☐ Sí ☐ No
Grado:	En caso que "Sí"—nombre del seguro médico:

DEBE SER COMPLETADO POR LOS PADRES:

ESCUELAS PÚBLICAS DE PORT CHESTER
PORT CHESTER, NY 10573

INFORMACIÓN DE SALUD DEL ALUMNO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

SEXO: M____F____ GRADO ___

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

TUTOR 1 _____ CELULAR # _____

TUTOR 2_____ CELULAR # _____

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA _____ CELULAR # _____

NOMBRE DEL MÉDICO DEL ESTUDIANTE_____ TELÉFONO # _____

MARQUE A CONTINUACIÓN (sí o no) CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD. SI LA RESPUESTA ES SÍ, ESCRIBA LA FECHA APROXIMADA.

ALERGIAS _____
(POR FAVOR ESPECIFICAR) _____
ASMA _____
DIABETES _____
MEDICACIÓN ACTUAL _____
FRACTURAS _____
PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN _____
CONDICIÓN DEL CORAZÓN _____

LESIONES GRAVES _____
TRASTORNO DE CONVULSIONES _____
PROBLEMA DEL HABLA _____
CIRUGÍA _____
PÉRDIDA VISUAL _____

OTROS _____

_____MI HIJO/A PUEDE PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES FÍSICAS Y CO-CURRICULARES.

_____MI HIJO/A NO PUEDE PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES FÍSICAS Y CO-CURRICULARES DEBIDO A _____.

ENTIENDO QUE SE REQUIERE UN CERTIFICADO MÉDICO DE MI MÉDICO O CENTRO DE SALUD CON RESPECTO A ESTE PROBLEMA.

FECHA _____ FIRMA DEL PADRE_____

Nita M. Lowey
CENTER FOR HEALTH IN SCHOOLS
OPEN DOOR FAMILY MEDICAL CENTER

Niños Sanos Para Un Futuro Mejor

Centros de Salud Basados en la Escuela (SBHC) brindan servicios completos médicos, exámenes dentales y de salud mental, y atención a los estudiantes cuando están enfermos- todo dentro de la escuela de su hijo.

Con un enfoque en la prevención y el bienestar, los niños están saludables y listos para aprender.



SIN Costo ninguno. No hay copagos. Se aceptan todos los seguros. Bienvenidos niños sin seguro. A las familias **NUNCA SE LES COBRA POR SERVICIOS.**



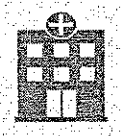
Elimina tiempo perdido en visitas a los consultorios médicos. Tiempo perdido del trabajo, viajando, esperando en salas de espera.



Los estudios nacionales indican que los estudiantes que **NO están inscritos** en un SBHC pierden **3 veces más tiempo** de clase que los estudiantes inscritos.



El personal del SBHC conoce a los estudiantes, la comunidad y la cultura escolar, cuidando de los estudiantes con una perspectiva dentro de la escuela.



Los SBHC ayudan a los niños y las familias a controlar las condiciones crónicas-como el asma- para **evitar visitas a la sala de emergencias.**



Open Door ofrece **inscripción al seguro médico.** TODOS los niños del estado de Nueva York son elegibles.



SERVICIOS DEL SBHC

- Atención médica primaria (incluye exámenes físicos completos)
- Exámenes y atención de salud dental
- Exámenes de salud mental
- Exámenes físicos deportivos
- Vacunas
- Primeros auxilios / atención médica
- Pruebas de laboratorio
- Educación sobre la salud
- Referencias a atención especializada
- Atención de enfermedades crónicas (incluye asma, diabetes y control de peso)
- Inscripción al seguro médico
- Recetas

¿CÓMO FUNCIONA?

- Se requiere consentimiento de una vez para que los estudiantes se inscriban
- El SBHC puede ser el proveedor de atención primaria (PCP) de su hijo.
- Cada estudiante del SBHC tendrá un chequeo médico anual para mantener registros médicos actualizados.
- Los estudiantes que ya tienen un PCP aún pueden usar los servicios del SBHC mientras están en la escuela.

Para inscribir a su hijo u obtener más información, escanee el código QR.



Thomas A. Edison Elementary School
132 Rectory Street,
Port Chester, NY 10573
914-939-1205

John F. Kennedy Elementary School
40 Olivia Street
Port Chester, NY 10573
914-939-1146

Park Avenue Elementary School
75 Park Avenue
Port Chester, NY 10573
914-934-2183

Port Chester High School
1 Tamarack Road
Port Chester, NY 10573
914-934-5211

Port Chester Middle School
113 Bowman Avenue
Rye Brook, NY 10573
914-939-1477

Fuera del horario regular y durante fin de semana:

(914) OD-CARES
(914) 632-2737

NYS Dental Health Certificate (Form D-2)

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

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 his/her attendance at the public schools.

☐ No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/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 (pls print or stamp)	Dentist's Signature

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here. ☐

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 ½ 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.

Código de conducta
Corpus Christi-Holy Rosary School

Estimados padres/tutores:

Los estándares, reglas y lista de conductas prohibidas dentro de este Código de Conducta tienen como objetivo mantener una relación de confianza y respeto mutuos con la Escuela Corpus Christi-Holy Rosary, los estudiantes, sus padres, maestros, invitados y visitantes.

Este código de conducta es esencial para proteger (a) la seguridad a largo plazo de nuestro contrato de arrendamiento con la Arquidiócesis de Westchester; (b) el buen funcionamiento de nuestra escuela en el día a día; y (c) la reputación y el prestigio a largo plazo de nuestra escuela dentro de la comunidad más amplia de Port Chester-Rye en la que existe el programa UPK de Corpus Christi-Holy Rosary.
La Escuela Corpus Christi-Holy Rosary ha definido un conjunto de reglas para nuestros estudiantes que creemos que son importantes para que los estudiantes comprendan y para que todos los involucrados las mantengan.
Por favor, repase estas reglas y revíselas con su hijo.

EN GENERAL:

- Respetar la propiedad de los demás y utilizar adecuadamente los equipos, suministros e instalaciones del programa.
- Muestre respeto a otros participantes, maestros, asistentes y otros adultos. Coopere plenamente con sus instrucciones y trate a todos con cortesía y consideración.
- Cuando sea necesario, utilice voces tranquilas, oídos atentos y manos solidarias.
- Siempre juegue con seguridad, sin causar dolor a otro (es decir, golpear, patear, morder, arrojar objetos, etc.)
- Comunicarse de manera adecuada con los demás en la clase.
- Pies que caminan. No corra por los pasillos ni por las escaleras.
- Tenga cuidado al caminar hacia el patio de recreo y al utilizar el equipo.

Estas reglas se harán cumplir mediante una serie de acciones que incluyen:

1. Advertencia al estudiante
2. Llamada telefónica a los padres
3. Reunión con los padres
4. Suspensión o expulsión

Mi hijo y yo entendemos y aceptamos el Código de conducta de CCHRS.

_____	_____	_____
Nombre y apellido del estudiante	Firma del padre	Fecha

Mi hijo a través de mis ojos - Cuestionario

Información del niño

Nombre completo del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre preferido/apodo: _____

Idioma principal hablado en casa: _____

Otros idiomas que habla: _____

Información del Hogar

Nombre(s) del Padre/Tutor: _____

Relación con el niño: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

¿Quién vive en el hogar? (Por favor, liste a todos los miembros y sus edades)

_____

Rutina Diaria

¿A que hora suele acostarse su hijo?_____

¿A que hora suele despertarse su hijo?_____

¿Su hijo toma siestas durante el día? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuándo y por cuánto tiempo? _____

¿Tiene su hijo alguna rutina antes de dormir (por ejemplo, leer, música)?

_____

Información Dietética

¿Tiene su hijo alguna alergia alimentaria o restricción dietética? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, por favor describa:_____

¿Hay algún alimento que a su hijo le guste o no le guste particularmente?

Le gusta: _____No le gusta: _____

¿Hay alguna preferencia dietética cultural o religiosa que debamos conocer?

_____

Desarrollo Social y Emocional

¿Como suele expresar su hijo(a) los sentimientos (felicidad, frustración, tristeza)?

_____

¿Qué consuela a su hijo(a) cuando está molesto(a) _____

¿Se separa fácilmente su hijo(a) de los padres/cuidadores? ☐ Sí ☐ No

Si no, ¿qué ayuda a que la transición sea más fácil? _____

¿Qué actividades disfruta más su hijo(a) (por ejemplo, dibujar, construir, cantar)?

_____

¿Cómo interactúa su hijo(a) con otros niños? _____

Desarrollo Cognitivo y del Lenguaje

¿Puede su hijo:

Reconocer su nombre escrito ☐ Sí ☐ No

Identificar algunas letras o números ☐ Sí ☐ No

Nombrar colores o formas básicas ☐ Sí ☐ No

☐ Contar hasta _____

¿Cuáles son algunas cosas que a su hijo le despiertan curiosidad o le gusta hablar sobr

ellas? _____

¿Disfruta su hijo que le lean? ☐ Sí ☐ No
Libros o temas favoritos: _____

Información Adicional

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos para ayudar a que su hijo tenga un comienzo exitoso en PreK? _____

Conexiones Comunitarias: ¡Apoyando a Nuestras Familias de UPK Juntos!

5 Steps to Five

Ofrece clases para padres e hijos donde maestros bilingües demuestran formas sencillas y divertidas de fomentar habilidades cognitivas, verbales, emocionales y sociales. Además de sus sesiones semanales los sábados por la mañana, también brindan apoyo en alfabetización temprana, grupos virtuales para padres, talleres entre semana y eventos especiales con socios comunitarios.

Correo electrónico: info@5stepstofive.org

Teléfono: (914) 451-9278

The Lions Club

Proporciona exámenes de visión gratuitos como un servicio comunitario para nuestros estudiantes de UPK.

The Sharing Shelf

Aborda la inseguridad de vestimenta satisfaciendo las necesidades materiales básicas de niños y adolescentes de bajos ingresos en el condado de Westchester. Si las familias de UPK necesitan ropa, por favor contacten a la trabajadora social de nuestra escuela, la Sra. Julieth Benjumea, para recibir asistencia.

Email: info@sharingshelf.org

Phone: (914) 305-5950

Meals on Main

Recupera alimentos excedentes, prepara comidas nutritivas, distribuye víveres a través de despensas y camiones móviles de despensa, y aboga por soluciones a largo plazo contra el hambre.

Correo electrónico: info@mealsonmainst.org

Teléfono: (914) 451-7140

Open Door Family Medical Center

Proporciona atención médica de alta calidad, asequible y accesible para mantener a la comunidad sana y fuerte, sin importar el seguro médico o la capacidad de pago.

Teléfono: (914) 632-2737

Port Chester-Rye Brook Public Library

Ofrece acceso gratuito a información, materiales, programas y tecnología para enriquecer la vida educativa, recreativa y cultural de la comunidad. Al inicio del año escolar, las familias de UPK recibirán una solicitud de tarjeta de biblioteca, y los estudiantes recibirán una tarjeta de biblioteca gratuita en octubre.

Correo electrónico: pcrbpl@pcrblibrary.org

Teléfono: (914) 939-6710

Centro Comunitario Don Bosco

Ofrece una variedad de programas, incluyendo Don Bosco Alimenta (comidas calientes gratuitas), un programa de verano bilingüe para la primera infancia y un campamento de verano. Correo electrónico: info@donboscocenter.org Teléfono: (914) 939-0323 x11

Guía de Preparación para Pre-K de CCHRS: ¡Ayudando a que tu Peque Brille!

¡Comenzar Pre-K es un hito muy emocionante! A continuación, se presentan algunas habilidades que se anima a los niños a desarrollar antes de comenzar la escuela. Cada niño se desarrolla a su propio ritmo: esta lista es simplemente una guía para ayudar a las familias a apoyar el aprendizaje en casa.

Habilidades Sociales y Emocionales

• Puede separarse del padre/cuidador con mínima angustia
Ejemplo: Dice adiós y se une a una actividad después de un breve abrazo.

• Toma turnos y comparte con otros
Ejemplo: Espera su turno para usar un juguete o participar en un juego.

• Sigue instrucciones y rutinas simples
Ejemplo: Guarda los juguetes cuando se le pide o se forma en la fila cuando es hora de salir al patio.

• Usa palabras para expresar necesidades y sentimientos
Ejemplo: Dice "Necesito ayuda" en lugar de llorar o agarrar.

• Juega junto a otros niños o con ellos
Ejemplo: Construye con bloques al lado de un amigo o juega juntos en juego dramático.

Lenguaje y Comunicación

• Habla en oraciones simples (3–5 palabras)
Ejemplo: "Quiero más jugo" o "Vamos a jugar con autos."

• Escucha cuentos cortos y rimas
Ejemplo: Disfruta la hora del cuento y puede recordar partes de la historia o canción.

• Comprende preguntas básicas ("¿Cómo te llamas?", "¿Dónde está tu abrigo?")
Ejemplo: Responde o sigue instrucciones sin necesidad de repetir.

• Puede seguir instrucciones de 1–2 pasos
Ejemplo: "Recoge tu juguete y ponlo en el bote."

• Reconoce y nombra objetos y personas familiares
Ejemplo: Señala a miembros de la familia en fotos o nombra objetos del aula como "silla," "libro," "maestro."

Habilidades de Aprendizaje Temprano

• Conoce algunos colores y formas
Ejemplo: Puede nombrar colores como rojo y azul o reconocer un círculo y un cuadrado.

• Puede contar algunos objetos y puede reconocer los números del 1 al 5
Ejemplo: Cuenta cinco bloques o reconoce el número 3 en un rompecabezas.

• Reconoce su propio nombre o algunas letras del mismo
Ejemplo: Nota la primera letra de su nombre o la señala en las etiquetas de los cubículos.

• Puede emparejar o clasificar objetos por color, forma o tamaño
Ejemplo: Agrupa crayones rojos o clasifica pelotas pequeñas y grandes.

• Muestra curiosidad y disfruta explorando cosas nuevas
Ejemplo: Hace preguntas como "¿Por qué?" o prueba nuevos juguetes de manera independiente.

Habilidades Motoras Finas

• Sostiene crayones, marcadores o lápices con control
Ejemplo: Dibuja líneas, círculos o garabatos para representar personas u objetos.

• Puede apilar bloques, completar rompecabezas simples o cortar con tijeras de seguridad
Ejemplo: Construye torres o corta papel de manera segura bajo supervisión.

• *Se alimenta solo con cuchara o tenedor.*
Ejemplo: Come cereales o yogur de manera independiente durante las comidas.

Habilidades Motoras Gruesas

• Corre, salta y trepa de manera segura
Ejemplo: Juega a la etiqueta o sube por las escaleras del parque sin caerse.

• Sube y baja escaleras
Ejemplo: Alterna los pies mientras se sostiene del pasamanos.

• Patea, lanza o atrapa una pelota
Ejemplo: Rueda, patea o lanza una pelota de ida y vuelta con un amigo o adulto.

Habilidades de Autoayuda

• Usa el baño con ayuda mínima
Ejemplo: Puede bajarse los pantalones y lavarse las manos después.

• Se lava y seca las manos
Ejemplo: Abre el grifo, usa jabón y se seca las manos con una toalla.

• Puede ponerse o quitarse prendas de ropa sencillas (abrigo, zapatos, mochila)
Ejemplo: Pasa los brazos por las mangas del abrigo o se pone zapatos con velcro.

• Ayuda a recoger los juguetes después del tiempo de juego
Ejemplo: Coloca los bloques de nuevo en la estantería o pone los crayones en un recipiente cuando se le pide.

Maneras en que las familias pueden ayudar

• Lea a su hijo todos los días — ¡y hablen sobre las imágenes!
Ejemplo: Pregunte "¿Qué ves?" o "¿Qué crees que pasará después?"

• Canten canciones, cuenten juntos y hablen durante las rutinas diarias.
Ejemplo: Contar los escalones al caminar o nombrar alimentos mientras cocinan.

• Dale a tu hijo tiempo para practicar la independencia (ponerse los zapatos, limpiar).
Ejemplo: Anima a que intente primero antes de ayudar.

• Juega y explora juntos — ¡los niños aprenden mejor a través del juego!
Ejemplo: Construyan, jueguen a imaginar y exploren al aire libre juntos siempre que sea posible.

Código de conducta
Corpus Christi-Holy Rosary School

Estimados padres/tutores:

Los estándares, reglas y lista de conductas prohibidas dentro de este Código de Conducta tienen como objetivo mantener una relación de confianza y respeto mutuos con la Escuela Corpus Christi-Holy Rosary, los estudiantes, sus padres, maestros, invitados y visitantes.

Este código de conducta es esencial para proteger (a) la seguridad a largo plazo de nuestro contrato de arrendamiento con la Arquidiócesis de Westchester; (b) el buen funcionamiento de nuestra escuela en el día a día; y (c) la reputación y el prestigio a largo plazo de nuestra escuela dentro de la comunidad más amplia de Port Chester-Rye en la que existe el programa UPK de Corpus Christi-Holy Rosary.
La Escuela Corpus Christi-Holy Rosary ha definido un conjunto de reglas para nuestros estudiantes que creemos que son importantes para que los estudiantes comprendan y para que todos los involucrados las mantengan.
Por favor, repase estas reglas y revíselas con su hijo.

EN GENERAL:

- Respetar la propiedad de los demás y utilizar adecuadamente los equipos, suministros e instalaciones del programa.
- Muestre respeto a otros participantes, maestros, asistentes y otros adultos. Coopere plenamente con sus instrucciones y trate a todos con cortesía y consideración.
- Cuando sea necesario, utilice voces tranquilas, oídos atentos y manos solidarias.
- Siempre juegue con seguridad, sin causar dolor a otro (es decir, golpear, patear, morder, arrojar objetos, etc.)
- Comunicarse de manera adecuada con los demás en la clase.
- Pies que caminan. No corra por los pasillos ni por las escaleras.
- Tenga cuidado al caminar hacia el patio de recreo y al utilizar el equipo.

Estas reglas se harán cumplir mediante una serie de acciones que incluyen:

1. Advertencia al estudiante
2. Llamada telefónica a los padres
3. Reunión con los padres
4. Suspensión o expulsión

Mi hijo y yo entendemos y aceptamos el Código de conducta de CCHRS.

_____	_____	_____
Nombre y apellido del estudiante	Firma del padre	Fecha