DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE NORTH ROSE-WOLCOTT

Formulario de inscripción de estudiantes

Nombre del estudiante: _____
Apellido(s) Nombre Segundo nombre

Nombre preferido/identificado: _____

Identificación del estudiante: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Género: ___ Masculino ___ Femenino ___ No binario

Comprobante de residencia: _____ Comprobante de edad: _____

Dirección de residencia: _____
Número de la casa Nombre de la calle Número de apartamento o lote

_____
Ciudad Estado Código postal Condado

Dirección postal (si es diferente de la residencial): _____
Apartado de correos

_____
Ciudad Estado Código postal

El estudiante reside con: ___ Padre y madre ___ Solo madre ___ Solo padre

___ Tutor legal (especifique la relación con el niño) _____

¿Existe una orden de custodia o un acuerdo de separación que rija la custodia de este menor? ___ Sí ___ No
En caso afirmativo, proporcione la documentación.

Información sobre el padre/la madre o el tutor **Reside** en la dirección anterior	1.º padre/madre/tutor adulto **Reside** en la dirección anterior	2.º padre/madre/tutor adulto **Reside** en la dirección anterior
Relación con el niño	___ Padre ___ Madre ___ Padrastro o madrastra Otro _____	___ Padre ___ Madre ___ Padrastro o madrastra Otro _____
Nombre del padre/de la madre/del tutor	Nombre _____ Apellido _____	Nombre _____ Apellido _____
Número de teléfono residencial		
Número de teléfono móvil		
Teléfono del trabajo		
Dirección de correo electrónico		
Información sobre el padre/la madre o el tutor **NO reside** en la dirección anterior	1.º padre/madre/tutor adulto **NO reside** en la dirección anterior	2.º padre/madre/tutor adulto **NO reside** en la dirección anterior

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE NORTH ROSE-WOLCOTT

Formulario de inscripción de estudiantes

Nombre del estudiante: _____

Relación con el niño	___ Padre ___ Madre ___ Padrastro o madrastra Otro _____	___ Padre ___ Madre ___ Padrastro o madrastra Otro _____
Nombre del padre/de la madre/del tutor	Nombre _____ Apellido _____	Nombre _____ Apellido _____
Número de teléfono residencial		
Número de teléfono móvil		
Teléfono del trabajo		
Dirección de correo electrónico		
Está bien recoger: Recibe correspondencia:	SÍ _____ NO_____ SÍ _____ NO_____	SÍ _____ NO_____ SÍ _____ NO_____

Por favor ingrese el nombre y la información de todas las demás personas que viven en el hogar.

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento (si es menor de edad)	Grado (si corresponde)	Escuela (si corresponde)	Relación con el niño

Información escolar anterior

Nombre de la última escuela a la que asistió _____

Nombre y dirección del distrito _____

Años/Grados de asistencia _____

¿Este estudiante ha asistido alguna vez al Distrito Escolar Central de North Rose-Wolcott? ____ SÍ ____ NO

En caso AFIRMATIVO, ¿a qué año/grado asistió? _____

¿Este estudiante ha asistido alguna vez a la escuela en el estado de Nueva York? ____ SÍ ____ NO

En caso afirmativo, especifique: Escuela(s):_____ Grado(s): _____ Año(s): _____

Escuela(s):_____ Grado(s): _____ Año(s): _____

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE NORTH ROSE-WOLCOTT

Formulario de inscripción de estudiantes

Nombre del estudiante: _____

¿Este estudiante está inscrito actualmente en algún tipo de programa de apoyo o educación especial (por ejemplo, sala de recursos, habla/lenguaje, inglés como segundo idioma, etc.)? ___SÍ ___NO

¿Tiene su hijo un plan 504? ___SÍ ___NO

¿Tiene su hijo un Plan de Educación Individualizado (IEP)? ___SÍ ___NO

Es obligatorio, en caso de que no se pueda contactar al padre, a la madre o al tutor legal durante los días escolares, dar los nombres de dos contactos de emergencia que vendrán y cuidarán a su hijo en caso de que se enfermen o lesionen durante el día escolar. Se hará todo lo posible por comunicarse primero con los padres o tutores. Si no es posible localizarlos, la escuela intentará comunicarse con los contactos de emergencia que se indican a continuación:

Adultos que no sean los padres/tutores	Primer contacto de emergencia	Segundo contacto de emergencia
Nombre del contacto de emergencia	Nombre _____ Apellido _____	Nombre _____ Apellido _____
Teléfono de contacto (xxx-xxx-xxxx)		
Teléfono móvil (xxx-xxx-xxxx)		
Relación con el niño		

Si la escuela cierra temprano por una situación de emergencia, mi hijo _____**DEBE** _____**NO DEBE** irse a casa.
Si no se va a la casa, especifique a continuación adónde debe ir.

Nombre de la persona _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

Si tiene un cuidador (donde su hijo va a diario), complete la siguiente información:

Nombre _____ Número de teléfono del cuidador _____

Dirección _____

Ley McKinney-Vento – Cuestionario de residencia

Nombre del estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Identificación del estudiante: _____ Grado: _____

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

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE NORTH ROSE-WOLCOTT

Formulario de inscripción de estudiantes

Nombre del estudiante: _____

Responda estas preguntas:

1. ¿Su domicilio actual es una vivienda temporal? _____ SÍ _____ NO
2. ¿Esta vivienda temporal se debe a la pérdida de su vivienda o a dificultades económicas? _____ SÍ _____ NO

Si respondió SÍ a las preguntas anteriores, complete el resto de esta casilla.
Si respondió NO a las preguntas anteriores, puede detenerse aquí.

___ En un albergue

___ Con familiares u otras personas por falta de vivienda

___ En una estación de tren o autobús, en un parque o en un automóvil

___ En un edificio abandonado

___ En un motel/hotel, camping u otra situación similar debido a la falta de una vivienda alternativa adecuada

___ Otra situación de vivienda temporal (por favor, descríbala):

Por favor, firme y coloque la fecha en el formulario de inscripción completo y devuélvalo a la oficina correspondiente.

_____	_____	_____
Firma de la persona que completa el formulario	Nombre en letra de imprenta	Fecha

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE NORTH ROSE -WOLCOTT

Información demográfica del estudiante

Para el padre/la madre/el tutor: El Departamento de Educación de los Estados Unidos exige la recopilación y el registro de información demográfica, incluida la identidad étnica de los estudiantes. Los datos se utilizarán para:

- Presentar la información a los Departamentos de Educación estatales y federales.
- Planificar programas educativos y asegurarse de que todos los estudiantes puedan acceder a ellos.
- Estudiar los movimientos de los estudiantes de distintos grupos étnicos cuando se trasladan de una escuela a otra.
- Analizar las diferencias en el rendimiento académico, la asistencia y la finalización de la escuela.

Esta información se mantendrá segura y confidencial de acuerdo con todas las leyes y regulaciones estatales y federales sobre la privacidad de los estudiantes. Si la información solicitada no se proporciona en este formulario en nombre de su hijo, se requerirá que un funcionario de registros estudiantiles de la escuela o el distrito identifique el grupo al que el estudiante parece pertenecer, con el que se identifica o al que se considera que pertenece en la comunidad. Gracias por su colaboración.

Indicaciones para el padre/la madre/el tutor: Por favor, complete este formulario y responda las preguntas (1), (2) y (3). Por favor, léalas antes de responder.

Nombre del estudiante: _____

1. **Lugar de nacimiento del estudiante** (ciudad, estado y país):
   _____
2. **¿El estudiante es de origen hispano, latino o español?** Hispano, latino o de origen español se refiere a una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centroamericano o sudamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de su raza.
   ☐ SÍ, es hispano. ☐ NO, no es hispano.
3. **Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales** (marque todas las opciones que correspondan):

☐ **Indio americano o Nativo de Alaska**: una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y América del Sur (incluyendo América Central), y que mantiene una afiliación tribal o reconocimiento comunitario.

☐ **Asiático**: una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

☐ **Negro**: una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

☐ **Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico**: una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

☐ **Blanco**: una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el norte de África o el Medio Oriente.

_____ _____

Firma del padre/de la madre/del tutor/de otra persona Fecha

Relación con el estudiante (marque una casilla a continuación)

☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Otra (especifique): _____

Todos los estudiantes entre 5 y 21 años de edad, y que no hayan recibido un diploma de escuela secundaria, tienen derecho a una educación pública gratuita. No se puede negar la admisión a los niños por motivos de raza, color, credo u origen nacional, sexo, ciudadanía, condición de discapacidad o estado migratorio.

Distrito Escolar Central de North Rose-Wolcott
10486 Salter Rd
North Rose, NY 14516
Departamento de Transporte
315.587.2905

Solicitud de transporte 2026-2027

❑ Escuela primaria NRW ❑ Escuela secundaria NRW

❑ Escuela media NRW _____ ❑ Otra (nombre de la escuela) _____

Información del estudiante: (letra de imprenta)

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Nivel de grado

Dirección, incluido el código postal

Información sobre ubicación alternativa o guardería: (letra de imprenta)

Dirección _____ Número de teléfono _____

Nombre del cuidador _____ Número de teléfono alternativo _____

Marque las casillas correspondientes

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Hacia la escuela					
Desde la escuela					

Fecha de inicio deseada _____

El transporte se organizará hacia/desde la ubicación alternativa en los horarios marcados anteriormente. El resto del tiempo, el estudiante será transportado a su domicilio indicado en la sección de información del estudiante anterior.

Información sobre el padre/la madre/el tutor: (letra de imprenta)

Nombre (letra de imprenta) _____ Teléfono residencial _____ Número alternativo _____

La Ley de Educación del estado de Nueva York requiere que un padre, madre o tutor legal presente una solicitud por escrito para el transporte a un proveedor de cuidado infantil a **más tardar el 1 de abril.** Puede encontrar información adicional en:

http://www.emsc.nysed.govischoolbus/

Mi firma certifica que soy el padre, la madre o el tutor legal del/de los estudiante(s) arriba mencionado(s) y que estoy autorizado para solicitar transporte hacia/desde la ubicación alternativa/proveedor de cuidado infantil arriba mencionado.

Nota: guarde una copia para sus registros

Firma _____ Fecha _____

Imprima, complete y envíe por correo a North Rose-Wolcott Transportation

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE NORTH ROSE-WOLCOTT

11631 SALTER-COLVIN ROAD WOLCOTT, NEW YORK 14590

SOLICITUD DE LOS REGISTROS DEL ESTUDIANTE

*Nombre de la escuela: (escuela anterior)*_____

*Dirección de la escuela:*_____

*Escuela, ciudad, estado, código postal:*_____

*Teléfono de la escuela:*_____*Fax de la escuela:*_____

POR LA PRESENTE SE AUTORIZA AL DISTRITO ESCOLAR DE NORTH ROSE-WOLCOTT
A RECIBIR INFORMACIÓN PARA FINES DE INSCRIPCIÓN SOBRE:

Nombre del estudiante:_____

Fecha de nacimiento:_____ Último grado al que asistió:_____

POR FAVOR, ENVÍE UNA COPIA DE LO SIGUIENTE:

- Certificado de nacimiento
- Boletín de calificaciones
- Informes médicos y de vacunas
- Evaluaciones de terapia ocupacional (OT), fisioterapia (PT), habla, visión, audición, etc.
- Lista de investigaciones matemáticas completadas
- Registros disciplinarios
- Registro académico e informe de asistencia
- TEP, Plan 504 o Notas de desclasificación
- Evaluaciónes psicológicas/psiquiátricas
- Hojas de evaluación de ciencias (los últimos 6 meses)
- Resultados de las pruebas de rendimiento
- Informes sobre los objetivos del IEP
- Consentimiento de los padres para servicios de educación especial
- Textos sobre la terapia ocupacional (OT), fisioterapia (PT)

Karen Haak, directora
North Rose-Wolcott Elementary School
10456 Salter Road
North Rose, NY 14516
Teléfono: 315-587-4005
Fax: 315-587-2432
Correo electrónico:
cbradford@nrwes.org

Crystal Yarnes, directora
Leavenworth Middle School
5937 New Hartford Street
Wolcott, NY 14590
Teléfono: 315-594-3130
Fax: 315-594-2471
Correo electrónico:
jsmith-bundy@arwcs.org

Nicole Sinclair, directora
North Rose-Wolcott High School
1163 Salter-Colvin Road
Wolcott, NY 14590
Teléfono 3 15-594-3 106
Fax: 315-594-1920
Correo electrónico:
Isheffield@urwes.org

NR-W CSE Office
10456 Salter Road
North Rose, NY 14516
Teléfono: 315-594-3114
Fax: 315-587-9925
Correo electrónico: cpalmer@nrwcs.org (jardín infantil-21 años) Correo electrónico: (preescolar y Plan 504)

_____ _____

Firma del padre, de la madre o del tutor Fecha

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN ESTATAL/UNIVERSIDAD DEL ESTADO DE NUEVA YORK/ALBANY, NY 12234
Oficina de P-12

Elisa Alvarez, Comisionada Adjunta Oficina de
Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo

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 (HLQ)

Estimado padre, madre o persona con relación parental:
Para brindarle a su hijo la mejor educación posible, necesitamos determinar qué tan bien comprende, habla, lee y escribe en inglés, así como su historial personal y escolar anterior. Por favor, complete las secciones que figuran a continuación tituladas Antecedentes lingüísticos e Historial educativo. Apreciamos mucho su ayuda para responder estas preguntas. Gracias.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:			
Nombre	*Segundo nombre*	*Apellido*	
FECHA DE NACIMIENTO:			**GÉNERO:**
			❑ Masculino ❑ Femenino
Mes	*Día*	*Año*	
INFORMACIÓN DE PADRE/MADRE/PERSONA CON RELACIÓN PARENTAL:			
Apellido	*Nombre*	*Relación con*	

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR _____

Antecedentes lingüísticos
(Marque todas las opciones que correspondan).

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	❑ Inglés	❑ Otro	_____ *Especifique*
2. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo?	❑ Inglés	❑ Otro	_____ *Especifique*
3. ¿Cuál es el idioma natal del padre, de la madre o del tutor?	❑ padre/madre/tutor 1 _____ *especifique*	❑ padre/madre/tutor 2 _____ *especifique*	❑ Tutor(es) _____ *Especifique*
4. ¿Qué idioma(s) entiende su hijo?	❑ Inglés	❑ Otro	_____ *Especifique*
5. ¿Qué idioma(s) habla su hijo?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *Especifique*	❑ No habla
6. ¿Qué idioma(s) lee su hijo?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *Especifique*	❑ No lee
7. ¿Qué idioma(s) escribe su hijo?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *Especifique*	❑ No escribe

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:		STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT DEL ESTUDINFORMATION SYSTEM:
North Rose-Wolcott CSD	11631 Salter-Colvin Rd, Wolcott, NY 14590	
Nombre del distrito (número) y escuela:	*Dirección:*	

Cuestionario de idioma del hogar (HLQ)—Página dos

Historial educativo
8. Indique el número total de años que su hijo ha estado inscrito en la escuela _____
9. ¿Cree que su hijo puede tener alguna dificultad o condición que afecte su capacidad para comprender, hablar, leer o escribir en inglés o cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos. ***Sí**** ***No*** ***No estoy seguro*** ❑ ❑ ❑ ***En caso afirmativo;** por favor, explique:_____ ¿Qué tan graves cree usted que son estas dificultades? ❑ Leves: ❑ Algo graves ❑ Muy graves
10a. ¿Alguna vez su hijo ha sido *derivado* para una evaluación de educación especial en el pasado? ❑ No ❑ Sí* **por favor, complete la pregunta 10b a continuación* **10b. *Si ha sido derivado para una evaluación, ¿su hijo ha *recibido* algún servicio de educación especial en el pasado?** **❑ No ❑ Sí – tipo de servicios recibidos:_____** **Edad en la que se recibieron los servicios** *(marque todas las opciones que correspondan):* **❑ Nacimiento a 3 años (Intervención temprana) ❑ 3 a 5 años (Educación especial) ❑ 6 años o más (Educación especial)** **10c. ¿Tiene su hijo un Programa de Educación Individualizado (IEP)? ❑ No ❑ Sí**
11. ¿Hay algo más que crea que es importante que la escuela sepa sobre su hijo? *(por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.).*
12. ¿En qué idioma(s) le gustaría recibir información de la escuela? _____

_____ Mes:_____ Día:_____ Año:_____

Firma del padre/de la madre o de la persona con relación parental ***Fecha***

Relación con el estudiante: ❑ Padre o madre ❑ Otro:_____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	**POSITION:** _____
SI SE PROPORCIONA UN INTÉRPRETE, INDIQUE EL NOMBRE, EL CARGO Y LAS CREDENCIALES:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	**POSITION:** _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: ❑ NO ❑ YES	
****DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:** _____ MO DAY YR.	**OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:** ❑ ADMINISTER NYSITELL ❑ ENGLISH PROFICIENT ❑ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME:_____	**POSITION:**_____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:_____ MO. DAY YR.	**PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:** ❑ ENTERING ❑ EMERGING ❑ TRANSITIONING ❑ EXPANDING ❑ COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

Distrito Escolar Central de North Rose-Wolcott
Comité de Educación Especial
11631 Salter-Colvin Road
Wolcott, NY 14590 (315-594-3141)

Consentimiento de Medicaid

Estimado/a padre, madre o tutor:

La presente es para pedirle permiso (consentimiento) para facturarle a usted o al Programa de Seguro Medicaid de su hijo por la educación especial y los servicios relacionados que están en el Plan de Educación Individualizado (IEP) de su hijo.

Este consentimiento le permite al Distrito Escolar facturar por los servicios cubiertos relacionados con la salud y divulgar información al agente de facturación de Medicaid del distrito escolar para dicho propósito.

Yo, _____, comopadre, madre o tutor de _____, he recibido una notificación por escrito del distrito escolar que explica mis derechos federales con respecto al uso de los beneficios públicos o del seguro para pagar determinados servicios de educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y acepto que el distrito escolar puede acceder a Medicaid para pagar la educación especial y los servicios relacionados que se le brindan a mi hijo.

Entiendo que:

- Dar mi consentimiento no afectará la cobertura de Medicaid de mi hijo;
- Previa solicitud, puedo revisar copias de los registros divulgados de conformidad con esta autorización;
- Los servicios enumerados en el IEP de mi hijo deben proporcionarse sin costo para mí, ya sea que dé o no mi consentimiento para facturar a Medicaid;
- Tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento; y
- El distrito escolar debe proporcionarme una notificación anual por escrito de mis derechos con respecto a este consentimiento.

Además, doy mi consentimiento para que el distrito escolar divulgue la siguiente información de los registros sobre mi hijo a la Agencia Estatal de Medicaid con el propósito de facturar por los servicios de educación especial y servicios relacionados que figuran en el IEP de mi hijo. Se compartirán los siguientes registros.

Registros que se compartirán (por ejemplo, registros o información sobre los servicios que recibe su hijo)	
IEP	Informe de administración de medicamentos
Solicitud/Remisión por escrito	Registro de transporte especial
Informes de evaluación	Otra información de identificación personal
Notas de la sesión	Cualquier otro registro específico relacionado con los servicios o el programa del estudiante

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

Firma del padre/de la madre/del tutor: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

***por favor, proporcione el número CIN de Medicaid de su hijo de la tarjeta Medicaid personal: _____**

(El número CIN es el número de identificación alfanumérico ubicado encima del sexo y la fecha de nacimiento en la tarjeta de Medicaid de su hijo. Comienza con 2 letras, seguidas de 5 números y termina con la letra l).

Distrito Escolar Central North Rose-Wolcott

11631 SALTER COLVIN ROAD WOLCOTT, NEW YORK 14590 TELÉFONO (315) 594-3141 FAX (315) 587-9925

Formulario de intercambio de información

En el estado de Nueva York, los terapeutas ocupacionales y físicos deben tener una receta médica antes de tratar a los estudiantes. Por favor, complete este formulario y devuélvalo a la escuela. Este nos da permiso para hablar con el médico de su hijo y obtener una receta médica para servicios de terapia ocupacional y/o física. Además, en algunas ocasiones, es necesario que nuestros consejeros, psicólogos, patólogos del habla y personal de enfermería hablen con los médicos y/o especialistas de su hijo.

Doy permiso a los terapeutas ocupacionales y/o físicos, consejeros, psicólogos, terapeutas del habla y al personal de enfermería del Distrito Escolar Central de North Rose-Wolcott para intercambiar información relacionada con mi hijo, _____,
fecha de nacimiento_____, con su(s) médico(s) y/o especialista(s).

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

_____

Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____

Nombre del médico:_____

Dirección:_____

Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____

*(por favor, incluya cualquier otro médico/especialista en el reverso, ¡gracias!) *

_____
Firma del padre, de la madre o del tutor

_____
Fecha

POR FAVOR, DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A LA ESCUELA LO ANTES POSIBLE PARA QUE PODAMOS COMENZAR A TRABAJAR CON SU HIJO.
GRACIAS

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE NORTH ROSE-WOLCOTT
11031 SALTER-COLVIN ROAD WOLCOTT, NEW YORK. 14590

INFORMACIÓN MÉDICA

_____ _____
Apellido Nombre Fecha de nacimiento

Antecedentes médicos del menor

Enfermedad	Fecha	Enfermedad	Fecha
Tuberculosis/Contacto con tuberculosis		Intoxicación por plomo	
Traumatismo craneal		Asma	
Meningitis		Cardiopatía/Soplo cardíaco	
Varicela		Diabetes	
Neumonía		Nefropatía	
Dolor de garganta o infecciones de oído recurrentes		Trastorno convulsivo	
Otras enfermedades		Trastorno hemorrágico	

1. ¿Tiene su hijo alguna alergia (a los alimentos, insectos/abejas, medicamentos, árboles, moho, etc.)? En caso afirmativo; por favor, indíquela:

   _____

2. ¿Su hijo está tomando algún medicamento? En caso afirmativo; por favor, indíquelo:

   _____

3. ¿Ha sospechado alguna vez de que su hijo pueda tener problemas de visión? SÍ NO

   En caso afirmativo, ¿ha visitado alguna vez a un optometrista o un oftalmólogo? SÍ NO

   Resultado del examen y recomendaciones: _____

4. ¿Ha sospechado alguna vez de que su hijo pueda tener un problema de audición? SÍ NO

   En caso afirmativo, ¿ha sido evaluado por un médico? SÍ NO

   Resultado del examen y recomendaciones: _____

5. ¿Ha sospechado alguna vez de que su hijo pueda tener problemas de habla o de lenguaje?

   SÍ NO

   En caso afirmativo, ¿se le ha realizado una evaluación del habla o del lenguaje?: SÍ NO

   Resultado y recomendaciones:_____

6. ¿Se le ha realizado a su hijo alguna otra prueba de detección o evaluación (psicológica, educativa, pruebas de alergia, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)? SÍ NO

   De ser así, ¿cuáles fueron los resultados?_____

7. ¿Su hijo ha tenido enfermedades, lesiones u operaciones que requieran hospitalización?

   SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuándo, dónde y por qué motivo?_____

8. ¿Existe alguna condición que limite las actividades en el salón de clases o de educación física?: SÍ NO

En caso afirmativo, por favor descríbala_____

Médico del estudiante_____

Dentista del estudiante_____

Nombre del hospital de preferencia_____

_____ _____

Fecha Firma del padre/de la madre o del tutor

FORMULARIO OBLIGATORIO DE EXAMEN MÉDICO ESCOLAR DE NYS
DEBE SER COMPLETADO POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIVADA O DIRECTOR MÉDICO ESCOLAR
SI UN ÁREA NO SE EVALÚA, INDIQUE QUE NO SE REALIZÓ

Nota: NYSED exige un examen físico para los nuevos ingresantes y los estudiantes en los grados Preescolar o Jardín infantil, 1, 3, 5, 7, 9 y 11; anualmente para deportes interescolares y documentos de trabajo, según sea necesario, o según lo requiera el Comité de Educación Especial (CSE) o el Comité de Educación Preescolar Especial (CPSE).

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre	Sexo: ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Fecha del examen:

ANTECEDENTES MÉDICOS

Alergias ☐ No ☐ Sí, indique el tipo	Tipo: ☐ Se adjunta orden de medicamentos/tratamiento ☐ Se adjunta plan de atención de anafilaxia
Asma ☐ No ☐ Sí, indique el tipo	☐ Intermitente ☐ Persistente ☐ Otra: ☐ Se adjunta orden de medicamentos/tratamiento ☐ Se adjunta el plan de atención para el asma
Convulsiones ☐ No ☐ Sí, indique el tipo	Tipo: ☐ Se adjunta una orden de medicamentos/tratamiento Fecha de la última convulsión: ☐ Se adjunta un plan de atención para convulsiones
Diabetes ☐ No ☐ Sí, indique el tipo	Tipo: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Gestión médica de la diabetes. Se adjunta el plan ☐ Se adjunta una orden de medicamentos/tratamiento

Factores de riesgo para la diabetes o prediabetes: *Considere la posibilidad de realizar pruebas de detección de diabetes tipo 2 si el % de IMC > 85 % y tiene 2 o más factores de riesgo: antecedente familiar de diabetes tipo 2, origen étnico, resistencia a la insulina, antecedente de diabetes gestacional de la madre y/o prediabetes.*

IMC_____kg/m2
Percentil (categoría de estado de peso): ☐ <5.˚ ☐ 5.˚ -49.˚ ☐ 50.˚ -84.˚ ☐ 85.˚ -94.˚ ☐ 95.˚ -98.˚ ☐ 99.˚ y>
Hiperlipidemia: ☐ No ☐ Sí ☐ No se realizó **Hipertensión:** ☐ No ☐ Sí ☐ No se realizó

EXAMEN/EVALUACIÓN FÍSICA

Estatura: **Peso:** **Presión arterial:** **Pulso:** **Respiraciones:**

Pruebas de laboratorio	**Positivo**	**Negativo**	**Fecha**	**Enumere otros problemas médicos pertinentes (por ejemplo, concusión, salud mental, un órgano en funcionamiento)**
Tuberculosis - PRN	☐	☐		
Prueba de detección de células falciformes-PRN	☐	☐		
Nivel de plomo Grados requeridos Preescolar y Jardín infantil			**Fecha**	
☐ Prueba realizada ☐ Plomo elevado **≥ 5** µg/dl				

☐ **Revisión del sistema y hallazgos anormales que se enumeran a continuación**				
☐ Evaluación de cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta (HEENT)	☐ Ganglios linfáticos	☐ Abdomen	☐ Extremidades	☐ Discurso
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Espalda/Columna vertebral	☐ Piel	☐ Socioemocional
☐ Cuello	☐ Pulmones	☐ Genitourinario	☐ Neurológico	☐ Musculoesquelético

☐ Evaluación/Anormalidades observadas/Recomendaciones: ☐ Se adjunta información adicional	Diagnósticos/Problemas (lista) Código ICD-10* *Obligatorio solo para los estudiantes con un IEP que reciben Medicaid

Nombre:				Fecha de nacimiento:
EXÁMENES DE LA VISTA Y AUDICIÓN - Obligatorios para Preescolar o Jardín infantil, 1, 3, 5, 7 y 11				
Visión (con corrección, si se prescribe)	**Derecha**	**Izquierda**	**Derivación**	**No se realizó**
Agudeza de distancia	20/	20/	☐ Sí ☐ No	☐
Agudeza de visión cercana	20/	20/		☐
Evaluación de la percepción del color ☐ Aprobado ☐ No aprobado				☐
Notas				
Audición Aprobar indica que el estudiante puede escuchar 20dB en todas las frecuencias: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; para los grados 7 y 11 también se realiza la prueba a 6000 y 8000 Hz.				**No se realizó**
Examen de tonos puros	**Derecho** ☐ Aprobado ☐ No aprobado	**Izquierdo** ☐ Aprobado ☐ No aprobado	**Derivación** ☐ Sí ☐ No	☐
Notas				
Escoliosis Evaluar a los niños en el grado 9 y a las niñas en los grados 5 y 7.	**Negativo**	**Positivo**	**Derivación**	**No se realizó**
	☐	☐	☐ Sí ☐ No	☐

RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA/DEPORTES/PATIO DE RECREO/TRABAJO

☐ **El estudiante puede participar en todas las actividades sin restricciones.**

☐ **El estudiante tiene restringida la participación en:**

- ☐ **Deportes de contacto:** baloncesto, porristas competitivas, clavados, esquí alpino, hockey sobre césped, fútbol americano, gimnasia, hockey sobre hielo, lacrosse, fútbol y lucha libre.
- ☐ **Deportes de contacto limitado:** béisbol, esgrima, softbol y voleibol.
- ☐ **Deportes sin contacto:** tiro con arco, bádminton, bolos, ciclismo, golf, tiro con rifle, natación, tenis y atletismo.
- ☐ **Otras restricciones:**

Etapa de desarrollo para el proceso de colocación atlética <u>SOLO</u> se requiere para estudiantes en los grados 7 y 8 que deseen jugar en el nivel deportivo interescolar de la escuela secundaria **O** los grados 9-12 que deseen jugar en el nivel deportivo interescolar modificado.

Escala de Tanner: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V Edad de la primera menstruación (si corresponde) : _____

☐ **Otras adaptaciones*:** (por ejemplo, aparatos ortopédicos, bomba de insulina, prótesis, gafas deportivas, etc.) Utilice el espacio adicional a continuación para explicar. *Consulte con el organismo rector del deporte si se requiere aprobación previa/completar un formulario para el uso del dispositivo en competiciones deportivas.

MEDICAMENTOS

☐ **Se adjunta el formulario de pedido de los medicamentos que necesita en la escuela.**

VACUNAS

☐ Se adjunta el registro ☐ Informado en NYSIIS

PROVEEDOR DE SALUD

Firma del proveedor médico:

Nombre del proveedor: *(en letra de imprenta)*

Dirección del proveedor:

Teléfono: Fax:

Año escolar 2026-27
Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para el ingreso/asistencia a la escuela[1]

NOTAS:
Todos los niños deben estar vacunados de acuerdo con 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 Inmunización (ACIP). Los intervalos entre las dosis de la vacuna deben estar de acuerdo con el "Programa de vacunación para niños y adolescentes recomendado por el ACIP". Las dosis recibidas antes de la edad o los intervalos mínimos no son válidas y no cuentan para el número de dosis indicadas a continuación. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica de cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin calificaciones deben cumplir con los requisitos de vacunación de los grados para los cuales son equivalentes en edad.

Los requisitos de la dosis DEBEN leerse junto con las notas al pie de página de este programa.

Vacunas	Preescolar (cuidado infantil, Head Start, guardería o prejardín infantil)	Jardín infantil y grados 1, 2, 3, 4 y 5	Grados 6, 7, 8, 9, 10 y 11	Grado 12
Vacuna que contiene toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)[2]	**4 dosis**	**5 dosis** **o 4 dosis** Si la 4.ª dosis se recibió a los 4 años o más o **3 dosis** Si tiene 7 años o más y la serie se inició con 1 año o más	**3 dosis**	
Vacuna de refuerzo para adolescentes que contiene toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (Tdap)[3]	**No corresponde**		**1 dosis**	
Vacuna contra la poliomielitis (IPV/OPV)[4]	**3 dosis**	**4 dosis** **o 3 dosis** Si recibió la 3.ª dosis a los 4 años o más		
Vacuna contra el 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 con al menos 4 meses de diferencia entre las edades de 11 a 15 años		
Vacuna contra la varicela[7]	**1 dosis**	**2 dosis**		
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)[8]	**No corresponde**		**Grados 7, 8, 9, 10 y 11: 1 dosis**	**2 dosis o 1 dosis** Si la dosis se recibió a los 16 años o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)[9]	**1 a 4 dosis**	**No corresponde**		
Vacuna antineumocócica conjugada (PCV)[10]	**1 a 4 dosis**	**No corresponde**		

NEW YORK STATE | Department of Health

1. La evidencia serológica demostrada de anticuerpos contra el sarampión, paperas o rubéola o la confirmación de laboratorio de estas enfermedades es una prueba aceptable de inmunidad a estas enfermedades. Las pruebas serológicas para la poliomielitis son una prueba aceptable de inmunidad solo si la prueba se realizó antes del 1 de septiembre de 2019 y los tres serotipos fueron positivos. Un análisis de sangre positivo para el anticuerpo de superficie de la hepatitis B es una prueba aceptable de inmunidad a la hepatitis B. La evidencia serológica demostrada de anticuerpos contra la varicela, la confirmación de laboratorio de la enfermedad de la varicela o el diagnóstico por parte de un médico, asistente médico o personal de enfermería especializado de que un niño ha tenido la enfermedad de la varicela es una prueba aceptable de inmunidad a la varicela.

2. Vacuna contra los toxoides diftérico y tetánico y la tos ferina acelular (DTPa). (Edad mínima: 6 semanas)

a. Los niños que comiencen 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 a los 18 meses y a los 4 años o más. La cuarta dosis puede recibirse a partir de los 12 meses de edad,

5. Vacuna contra el sarampión, paperas y rubéola (MMR). (Edad mínima: 12 meses)

a. La primera dosis de la vacuna triple vírica (MMR) debe haberse recibido el día del primer cumpleaños o después. La segunda dosis debe haberse recibido al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis para que se considere válida.

b. Sarampión: se requiere una dosis para preescolar. Se requieren dos dosis para los grados de jardín infantil a 12.

c. Paperas: se requiere una dosis para el preescolar. Se requieren dos dosis para los grados de jardín infantil a 12.

d. Rubéola: se requiere al menos una dosis para todos los grados (desde preescolar hasta el 12).

e.

6. Vacuna contra la hepatitis B

a. La dosis 1 puede administrarse al nacer o en cualquier momento posterior. La dosis 2 debe administrarse al menos 4 semanas (28 días) después de la dosis 1. La dosis 3 debe darse al menos 8 semanas después de la dosis 2 Y al menos 16 semanas después de la dosis 1 Y no antes de las 24

siempre que hayan transcurrido al menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario repetir la cuarta dosis de DTaP si se administró al menos 4 meses después de la tercera dosis de DTaP. La última dosis de la serie debe recibirse a partir del cuarto cumpleaños y al menos 6 meses después de la dosis anterior.

b. Si la cuarta dosis de DTaP se administró a los 4 años o más, y al menos 6 meses después de la dosis 3, no se requiere la quinta dosis (refuerzo) de la vacuna DTaP.

c. Los niños de 7 años o más que no estén completamente vacunados con la serie de vacunas DTaP infantiles 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 la primera dosis se recibió antes de su primer cumpleaños, entonces se requieren 4 dosis, siempre y cuando la dosis final se haya recibido a los 4 años o más. Si la primera dosis se recibió en el primer cumpleaños o después, entonces se requieren 3 dosis, siempre y cuando la dosis final se haya recibido a los 4 años o más.

3. Vacuna de refuerzo para adolescentes contra los toxoides diftérico y tetánico y la tos ferina acelular (Tdap). (Edad mínima para los grados 6 a 9: 10 años; edad mínima para los grados 10, 11 y 12: 7 años)

a. Los estudiantes de 11 años o más que ingresan a los grados 6 a 12 deben tener una dosis de la vacuna Tdap.

b. Además del requisito de los grados 6 a 12, la Tdap también se puede administrar como parte de la serie de actualización para estudiantes de 7 años y mayores que no están completamente vacunados con la serie infantil DTaP, como se describe anteriormente. En el año escolar 2023-2024, solo las dosis de Tdap administradas a los 10 años o más completará el requisito de Tdap para los estudiantes de los grados 6 a 9; sin embargo, las dosis de Tdap administradas a los 7 años o más completarán el requisito para los estudiantes de los grados 10, 11 y 12.

c. Los estudiantes que tienen 10 años de edad en el grado 6 y que aún no han recibido la vacuna Tdap cumplen con la norma hasta que cumplan 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, a los 4 meses y a los 6 a 18 meses, y a los 4 años o más. La última dosis de la serie debe recibirse a partir del semanas (cuando se administran 4 dosis, sustituya "dosis 4" por "dosis 3" en estos cálculos).

b. Dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) recibidas con al menos 4 meses de diferencia entre los 11 y los 15 años completarán el requisito.

7. Vacuna contra la varicela. (Edad mínima: 12 meses)

a. La primera dosis de la vacuna triple vírica debe haberse recibido el día del primer cumpleaños o después. La segunda dosis debe haberse recibido al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis para que se considere válida.

b. Para los niños menores de 13 años, el intervalo mínimo recomendado entre dosis es de 3 meses (si la segunda dosis se administró al menos 4 semanas después de la primera dosis, puede aceptarse como válida); para las personas de 13 años o más, el intervalo mínimo entre dosis es de 4 semanas.

8. Vacuna antimeningocócica conjugada ACWY (MenACWY). (Edad mínima para los grados 7 a 10: 10 años; edad mínima para los grados 11 y 12: 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 en el grado 12, si la primera dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada se recibió a los 16 años o más, la segunda dosis (refuerzo) no es obligatoria.

c. La segunda dosis debe haberse recibido 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. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día de acuerdo con el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe recibirse a partir de los 12 meses.

b. Si se recibieron 2 dosis de la vacuna antes de los 12 meses de edad, solo se requieren 3 dosis, con la dosis 3 entre los 12 y los 15 meses y al menos 8 semanas después de la dosis 2.

c. Si la dosis 1 se recibió entre los 12 y los 14 meses de edad, solo se requieren 2 dosis, con la dosis 2 al menos 8 semanas después de la dosis 1.

d. Si la dosis 1 se recibió a los 15 meses o más, solo se requiere 1 dosis.

cuarto cumpleaños y al menos 6 meses después de la dosis anterior. b. Para los estudiantes que recibieron su cuarta dosis antes de los 4 años y antes del 7 de agosto de 2010, 4 dosis separadas por al menos 4 semanas son suficientes. c. Si la tercera dosis de la vacuna contra la poliomielitis se recibió a los 4 años o más, y al menos 6 meses después de la dosis anterior, no se requiere la cuarta dosis de la vacuna contra la poliomielitis. d. En el caso de los niños con antecedentes de OPV, solo la OPV trivalente (tOPV) cuenta para los requisitos de vacunación contra la poliomielitis en las escuelas del estado de Nueva York. Las dosis de OPV administradas antes del 1 de abril de 2016 deben contarse, a menos que se indique específicamente que son monovalentes, bivalentes o que se administren durante una campaña de vacunación contra la poliomielitis. Las dosis de OPV administradas a partir del 1 de abril de 2016 no deben contarse.	e. La vacuna contra el Hib no es obligatoria para niños de 5 años o más. f. Para obtener más información, consulte la Guía de actualización del CDC para niños sanos de 4 meses a 4 años de edad.. 10. Vacuna antineumocócica conjugada (VNC). (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. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día de acuerdo con el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe recibirse a partir de los 12 meses. b. Los niños no vacunados de 7 a 11 meses deben recibir 2 dosis, con al menos 4 semanas de diferencia, seguidas de una tercera dosis entre los 12 y 15 meses. c. Los niños no vacunados de 12 a 23 meses deben recibir 2 dosis de la vacuna con al menos 8 semanas de diferencia. d. Si recibió una dosis de la vacuna a los 24 meses o más, no se requieren más dosis. e. No se requiere la vacuna PCV para niños de 5 años o más. Para obtener más información, consulte la Guía de actualización del CDC para niños sanos de 4 meses a 4 años de edad.

Para más información, póngase en contacto con:

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

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

Política y expectativas de los usuarios de Google Apps for Education

¿Qué es Google Apps for Education?
Google Apps for Education (GAFE) es un conjunto de herramientas gratuitas y personalizables que brindan oportunidades para que los estudiantes y maestros trabajen de manera más efectiva en un entorno colaborativo. Esta solución informática integral y rentable está totalmente basada en un navegador, lo que facilita el trabajo de los estudiantes desde cualquier computadora o dispositivo móvil con acceso a internet, sin tener que comprar costosos programas informáticos para comunicarse o hacer sus tareas.

Las cuentas de los estudiantes pueden incluir herramientas, como correo electrónico, documentos compartidos, sitios web y blogs. Los estudiantes utilizarán Google Apps con fines educativos y pueden acceder desde cualquier lugar donde tengan conexión a internet, lo que les permitirá entregar fácilmente tareas en formato electrónico y colaborar en proyectos con compañeros y maestros.

Política de uso aceptable para estudiantes

- Para poder utilizar los servicios de Google, todos los estudiantes deben cumplir con la Política de uso aceptable para estudiantes (AUP). Una copia de la AUP está disponible para su revisión en el sitio web de la escuela. Como se señaló en la AUP, los estudiantes no deben esperar privacidad con GAFE.
- Al compartir un documento, una hoja de cálculo, una presentación u otro archivo con otros usuarios, todos los usuarios deben estar de acuerdo en recibir una invitación para colaborar y tratarse con respeto.
- Las cuentas de Google son solo para fines escolares. Se hará hincapié en que esta cuenta no debe ser utilizada para fines sociales o de entretenimiento. Solo debe usarse para tareas escolares. Las cuentas de correo electrónico no deben usarse para crear cuentas de redes sociales.

Correo electrónico
Gmail es el programa de correo electrónico que viene con GAFE. Se habilitará el correo electrónico para los estudiantes en los grados 3 a 12, con excepciones. Los grados 3 a 8 no pueden enviar ni recibir correos electrónicos fuera del dominio de NRW. El correo electrónico se habilitará para los grados 9-12 con la capacidad de enviar y recibir fuera del dominio de NRW. Con esto, los estudiantes podrán comunicarse con el personal y los estudiantes dentro del dominio del Distrito Escolar Central de North Rose-Wolcoltt solo con fines educativos.

Google Drive
Google Drive ofrece a los usuarios espacio de almacenamiento en la nube para la mayoría de los formatos de archivo. Se puede acceder a Google Drive desde cualquier computadora con conexión a internet. Google Drive incluye:

- Google Documents: procesador de textos similar a Microsoft Word.
- Google Presentation: herramienta de presentación similar a Microsoft PowerPoint.
- Google Sheets : programa de hoja de cálculo similar a Microsoft Excel.
- Google Forms: herramienta de encuestas y datos.
- Google Drawing: programa de diseño gráfico simple.

¿Quién usará GAFE?
Todos los estudiantes del Distrito Escolar Central de North Rose-Wolcott tendrán acceso a GAFE. Si usted desea que su hijo no tenga una cuenta de correo electrónico, complete y envíe el formulario adjunto.

ACUERDO

He leído el Acuerdo de Tecnología del Distrito Escolar Central de North Rose-Wolcott y acepto cumplir con sus disposiciones.

Entiendo que mi uso de la tecnología del distrito no es privado y que el distrito escolar monitorea el uso de la tecnología del distrito, incluido, entre otros, el acceso a los registros del navegador y cualquier otro historial de uso, incluso en los dispositivos propiedad de los estudiantes conectados a la tecnología del distrito.

Doy mi consentimiento para que el distrito intercepte o tenga acceso a todas las comunicaciones que envío, recibo o almaceno utilizando los recursos tecnológicos del distrito, de conformidad con las leyes estatales y federales, incluso si se accede a los recursos tecnológicos del distrito de forma remota.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta clara)_____

Firma del estudiante/Fecha_____

Año de graduación _____

Domicilio _____

Número de teléfono residencial_____

Como padre, madre y/o tutor, hablaré con mi estudiante sobre el uso de la tecnología e internet y tendré un diálogo continuo sobre sus experiencias.

Reconozco que el uso apropiado de la tecnología es una habilidad importante y que desempeño un papel importante en la experiencia educativa de mi hijo en la escuela y fuera de ella.

Estableceremos reglas, hablaremos abiertamente y supervisaremos el uso de la tecnología por parte de mi hijo para apoyar su aprendizaje y fomentar relaciones positivas con sus compañeros.

Los temas que hablaremos son sobre el uso apropiado de la tecnología, cómo interactuamos con compañeros e individuos que conocemos apropiadamente y cómo nos mantenemos seguros al no interactuar con extraños.

Firma del padre, de la madre o del tutor/Fecha_____

Domicilio _____

Teléfono residencial _____

Dirección de correo electrónico_____

PROCESO:

1. Todas las cuentas nuevas se completan en la oficina de registro.
2. La oficina de registro proporcionará una copia de la solicitud al Departamento de Tecnología.
3. El Departamento de Tecnología será responsable de configurar una cuenta de estudiante y comunicarse con la escuela en la que está registrado con la información de la cuenta.

Confirmo que he leído y entiendo lo siguiente:
Si **NO** desea que su estudiante acceda a Google Mail, complete, firme y devuelva este formulario a la escuela de su hijo. Si, en cualquier momento durante el año escolar, desea rescindir su decisión y cambiar su permiso, debe informarlo a la escuela por escrito.

NO quiero que se le permita a mi estudiante el acceso a Google **Mail.**

Nombre del estudiante: (letra de imprenta)

Grado:

Padre/madre/tutor

Firma:

Fecha:

Por favor, devuélvalo a la escuela de su(s) hijo(s) junto con el resto del material de inscripción.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE LOS PADRES SOBRE LA PRIVACIDAD Y SEGURIDAD DE LOS DATOS

De acuerdo con la Sección 2-d de la Ley de Educación, el Distrito Escolar Central de North Rose-Wolcott establece la siguiente Declaración de Derechos de los Padres sobre la Privacidad y Seguridad de los Datos, que es aplicable a todos los estudiantes y sus padres o tutores legales.

1. La información de identificación personal de un estudiante no puede ser vendida o divulgada por el Distrito o BOCES con fines comerciales o de mercadeo.

2. De acuerdo con la FERPA, Sección 2-d y la Política de la Junta 7240, Registros de los Estudiantes: Acceso e Impugnación, los padres tienen derecho a inspeccionar y revisar el contenido completo del registro educativo de su hijo, incluyendo cualquier dato del estudiante almacenado o mantenido por el Distrito o BOCES.

3. El Distrito cuenta con las siguientes medidas de seguridad para proteger los datos de los estudiantes, incluida la información de identificación personal almacenada o transferida por el Distrito o BOCES.

    a. Todas las bases de datos que contienen información de los estudiantes están protegidas por una contraseña y un inicio de sesión seguros. Estos inicios de sesión se supervisan y se mantienen actualizados.

    b. Solo pueden acceder a la información de los estudiantes quienes se considere que tienen derecho a tenerla.

4. El Departamento de Educación del estado de Nueva York recopila una serie de elementos de datos de los estudiantes para usos autorizados. Una lista completa de todos los elementos de datos de los estudiantes recopilados por el estado está disponible para revisión pública en el Departamento de Educación del estado.

5. Los padres tienen derecho a presentar quejas sobre posibles violaciones de datos del estudiante o de los datos de APPR del maestro o director. Cualquier queja de este tipo debe presentarse, por escrito, a:

Data Protection Officer
11631 Salter-Colvin Rd.
Wolcott, NY 14590

Información complementaria sobre contratistas externos

Para cumplir con sus obligaciones legales y prestar servicios educativos a los residentes del Distrito, este ha celebrado acuerdos con determinados contratistas externos. De conformidad con dichos acuerdos, los contratistas externos pueden tener acceso a los "datos de los estudiantes" y/o "datos de los maestros o directores", tal como esos términos están definidos por la ley.

Cada contrato que el Distrito celebre con un contratista externo, donde el contratista externo reciba datos del estudiante o del maestro o director, incluirá la siguiente información:

1) Las finalidades exclusivas para las que se utilizarán los datos de los estudiantes o de los maestros o directores.

2) Cómo el contratista externo se asegurará de que los subcontratistas, las personas o entidades con las que el contratista externo compartirá los datos del estudiante o los datos del maestro o del director, si los hubiera, cumplirán con los requisitos de seguridad y protección de datos.

3) Cuándo expira el acuerdo y qué sucede con los datos del estudiante o los datos del maestro o director al vencimiento del acuerdo.

4) Si y cómo un padre, estudiante, estudiante elegible, maestro o director puede cuestionar la exactitud de los datos del estudiante o de los datos del maestro o director que se recopilan.

5) Dónde se almacenarán los datos del estudiante, del maestro o del director (descritos de tal manera que se proteja la seguridad de los datos), y las protecciones de seguridad tomadas para garantizar que dichos datos estén protegidos, incluido si dichos datos estarán cifrados.

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE NORTH ROSE-WOLCOTT
Estudio ·Compromiso ·Excelencia
31 SALTER-COLVIN ROAD ·WOLCOTT, NEW YORK 14590 TELÉFONO 315.594.3141 FAX 315.594.2352

Michael L. Pullen
Superintendente escolar

Megan C. Paliotti
Superintendente adjunto
para la instrucción y el mejoramiento escolar

PROCEDIMIENTO DISTRITAL DE DERIVACIÓN DE MENORES

El Distrito Escolar Central de North Rose-Wolcott está comprometido a satisfacer las necesidades de los estudiantes con diferentes estilos de aprendizaje. Solo los padres pueden hacer derivaciones al Comité de Educación Especial (CSE), y los maestros, proveedores o médicos pueden realizar solicitudes de derivación. El CSE es designado por la Junta de Educación para realizarles evaluaciones integrales de los estudiantes que han sido remitidos al CSE. Si la información recopilada durante la evaluación respalda la clasificación de acuerdo con la Ley de Educación del Estado de Nueva York, el CSE desarrollará un Programa de Educación Individualizado (IEP) para abordar las necesidades únicas de aprendizaje del estudiante. La Junta de Educación también ha designado subcomités de CSE para facilitar el proceso de la reunión. Es importante tener en cuenta que no todos los estudiantes que experimentan dificultades escolares son elegibles para los servicios de educación especial.

Una vez que un estudiante es identificado con una discapacidad documentada por criterios obligatorios, nuestro equipo de servicios de educación especial cubre las necesidades individuales del estudiante, incluidas las necesidades académicas, sociales, físicas y administrativas. Esto se proporciona con el objetivo de servir al estudiante en el entorno menos restrictivo. En el distrito escolar de North Rose-Wolcott, la primera consideración es la educación de los estudiantes con discapacidades en educación general en su escuela de origen. A veces, las necesidades de los estudiantes pueden exceder lo que está disponible en el distrito y se deben considerar programas alternativos para satisfacer mejor las necesidades de los estudiantes (por ejemplo, programas BOCES, programas privados).

Los niños en edad preescolar también pueden ser elegibles para recibir servicios de educación especial a través de un proceso similar supervisado por el Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE). De acuerdo con la Ley de Educación del estado de Nueva York, los programas y servicios educativos para niños en edad preescolar de tres a cinco años de edad con discapacidades son responsabilidad del distrito escolar en el que reside el niño. También hay servicios desde el nacimiento hasta los dos años de edad proporcionados por el condado de residencia.

El Distrito Escolar Central de North Rose-Wolcott, de conformidad con las Regulaciones del Comisionado de Educación y la Ley de Educación, debe ubicar a todos los niños menores de veintiún años con discapacidades dentro de su jurisdicción. Los niños en edad preescolar y los niños en todas las agencias e instituciones públicas y privadas deben ser identificados, ubicados y evaluados en el distrito en el que residen. Si sospecha que su(s) hijo(s), de 3 a 21 años, tiene(n) una discapacidad y no está(n) recibiendo servicios de educación especial; por favor, comuníquese con el Director de Educación Especial al 594-3133.

http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentguide.htm

Chelsea Eaton
Directora de Educación Especial y Servicios para el Personal Estudiantil
Teléfono: 315-594-3133
Fax: 315-587-9925

Secretaria de CPSE y Sección 504
315-594-3132

Chelsey Palmer
Secretaria de CSE (jardín infantil - 21 años)
315-594-3114

Distrito Escolar Central de North Rose-Wolcott

NEW YORK STATE
MIGRANT EDUCATION PROGRAM

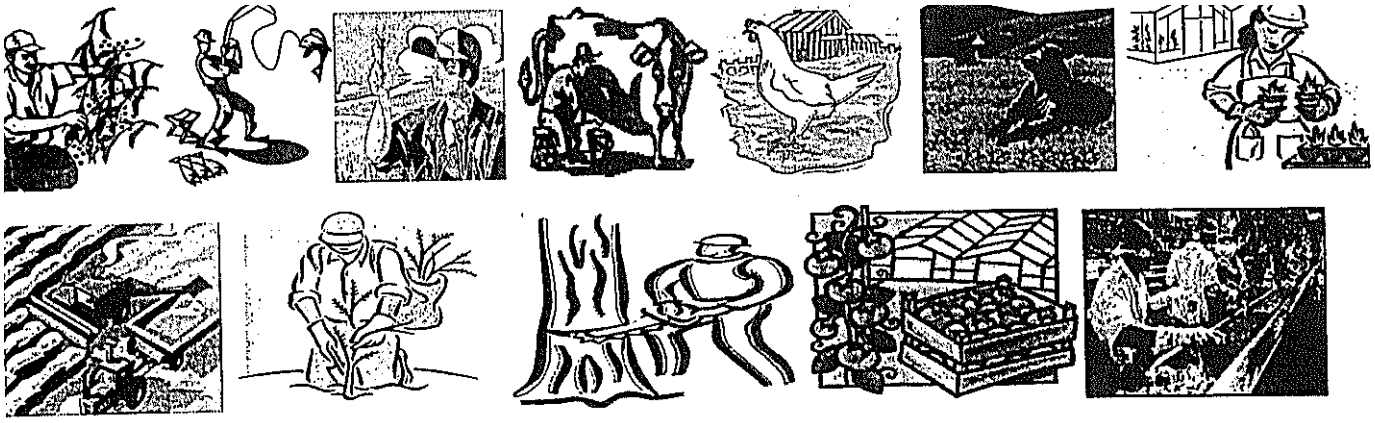
ENCUESTA PARA PADRES SOBRE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO

El Programa de Educación para Migrantes (MEP) está autorizado por el Título I, Parte C de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (ESEA). El MEP ofrece una variedad de servicios educativos a las familias que trabajan en la agricultura, **independientemente de su nacionalidad o estatus legal.** Este programa es **gratuito** para todas las familias elegibles y puede incluir tutoría, elegibilidad para almuerzo escolar gratuito, excursiones educativas, programas de verano, actividades de participación de los padres, necesidades de emergencia y derivaciones a otros servicios según sea necesario.

Por favor, tómese unos minutos para completar el cuestionario.

¿Alguien de su familia ha trabajado o buscado trabajo en las siguientes ocupaciones durante los últimos 3 años?

- ☐ Cualquier trabajo agrícola, ganadero o pesquero (como heno, productos lácteos, cultivos de frutas u hortalizas, aves, pesca, viveros/invernaderos, etc.).
- ☐ Trabajo relacionado con la tala, la cosecha o el procesamiento inicial de los árboles.
- ☐ Trabajo en una planta de procesamiento de alimentos, (como plantas de procesamiento de carne o aves, envasado de frutas o verduras, etc.)



Si la respuesta es AFIRMATIVA, proporcione su información de contacto a continuación:

Nombre del padre/de la madre/del tutor: _____

Dirección residencial; _____

Número de teléfono: (_____)-_____-_____,la mejor hora para contactarle es: _____A. M. /P. M.

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____Edad_____Grado_____

Para enviar esta derivación, por favor envíe un fax al 607-436-3606, o por correo postal a NYS Migrant Education Program -Identification and Recruitment Office: 100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY 12020.