

MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN
25 N BICYCLE PATH SELDEN NY 11784 TELÉFONO: 631-285-8890
CERRADO LOS VIERNES DE JULIO Y AGOSTO

- **Original y, fotocopia del documento que acredite la edad.**

Ejemplos:

- Certificado de nacimiento
- Licencia de conducir
- Pasaporte
- Certificado de bautismo
- Identificación emitida por el estado u otro gobierno
- Identificación con foto de la escuela con fecha de nacimiento
- Tarjeta de identificación consular
- Registros hospitalarios o de salud
- Tarjeta de identificación de dependiente militar
- Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales
- Documento tribal de los nativos americanos
- Órdenes judiciales u otros documentos emitidos por el tribunal

- **Número de fax o dirección de correo electrónico de la escuela anterior y documento de transferencia o retiro de la escuela anterior**

- **Expediente académico para estudiantes de secundaria**

- **Comprobante de residencia en el Distrito Escolar Central de Middle Country.**

PROPIETARIOS:

Uno (1) de los siguientes artículos:

Estado de cuenta de la hipoteca, escritura, factura de impuestos sobre la propiedad o título

Y,

Dos (2) de los siguientes artículos actuales:

Factura de servicios públicos, formulario de impuestos sobre la renta, registro de votante, factura de seguro, estado de cuenta bancario, identificación emitida por el estado o el gobierno, licencia de conducir, permiso de aprendiz o identificación de no conductor, talón de pago, factura de teléfono, factura de petróleo, declaración del departamento de servicios sociales (DSS) o otros documentos originales que evidencien la residencia.

INQUILINOS:

Uno (1) de los siguientes artículos

Contrato de arrendamiento, declaración jurada del propietario (notariada), declaración del propietario (notarización opcional) o declaración de un tercero no jurado, o una declaración jurada de residencia (notariada).

Y,

Uno (1) de los siguientes artículos actuales:

Factura de servicios públicos, formulario de impuestos sobre la renta, registro de votante, factura de seguro, estado de cuenta bancario, identificación emitida por el estado o el gobierno, licencia de conducir, permiso de aprendiz o identificación de no conductor, talón de pago, factura de teléfono, factura de aceite, declaración DSS o otros documentos originales que evidencien la residencia.

- **Registro de vacunación:** Un certificado de vacunación firmado o sellado con membrete del médico o un registro de salud firmado por una escuela anterior que indique las fechas específicas de las cantidades. (Consulte las vacunas requeridas para los estudiantes).
- **Identificación con foto del padre/tutor**
- **Documentación de custodia, si corresponde.**
- **Copias del plan de educación individualizada (IEP) o 504 si corresponde**



MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

☐ NEW STUDENT

☐ RE-ENTRY

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

STUDENT ID #	Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Sexo	Fecha de Nacimiento
	Ciudad natal		Estado	País				
BUILDING	INFORMACIÓN ÉTNICA Y RAZA DEL NIÑO							
	Por favor responda la pregunta de dos partes.				¿El niño es hispano o latino?		SI	NO
	Por favor indique cualquier raza que aplique, seleccione una o más.				B - Moreno o Afroamericano			
	P - Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico				W - Blanco			
GRADE	I - Indio americano o nativo de Alaska				A - Asiático			
	INFORMACIÓN ANTERIOR DE LA ESCUELA							
ESL	Ultima escuela a la que asistió		Nivel de grado		Nombre del distrito			
SPED	Dirección							
ATTACHED	¿Recibe su hijo algún servicio de educación especial?						Si	No
	COMPLETE SI EL ESTUDIANTE VUELVE A INGRESAR AL DISTRITO ESCOLAR DE MIDDLE COUNTRY							
Immunizations	Ultima fecha y escuela a la que asistió							
Custody Papers								

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR (donde reside el niño)

Proof of Residence	Apellido: Padre 1 o Tutor 1		Primer Nombre		<u>Relacion hacia el niño</u>		
	Numero de Celular ()		Número de Trabajo ()		☐ Padre biológico/adoptivo ☐ Guardián legal ☐ Cuidado de custodia ☐ Orfanato ☐ Padrastro		
	Correo electrónico:						
	Apellido: Padre 2 o Tutor 2		Primer Nombre		<u>Relacion hacia el niño</u>		
	Numero de Celular ()		Número de Trabajo ()		☐ Padre biológico/adoptivo ☐ Guardián legal ☐ Cuidado de custodia ☐ Orfanato ☐ Padrastro		
	Correo electrónico:						
	Dirección de residencia						
	CALLE		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
	Dirección postal (si es diferente)						Teléfono de casa ()
	¿Se habla un segundo idioma en casa?		Si	No	En caso afirmativo, ¿cuál es el idioma?		
¿La inscripción está relacionada con la falta de vivienda?						Si	No
SI CORRESPONDE, PROPORCIONE EL NOMBRE, DIRECCION Y NUMEROS DE TELEFONO DEL PADRE QUE NO VIVE CON EL NIÑO							
NOMBRE						Número de casa ()	
CALLE		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		Número de celular ()	
						Número de trabajo ()	
¿DEBE ESTE PADRE RECIBIR CORREO ESCOLAR?						Si	No
						Correo electrónico	

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha: _____

ESTIMADOS PADRES O GUARDIÁN:

CUANDO SU HIJO/A INGRESA A LA ESCUELA, ESTABLECEMOS UN ARCHIVO DE REGISTRO ACUMULATIVO QUE NOS PERMITE COMPRENDER MEJOR SUS NECESIDADES. DE MÁS ESTÁ DECIR QUE TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LE PEDIMOS QUE RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS EN LETRA IMPRENTA Y DE MANERA LEGIBLE. GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCUELA _____

DIRECCIÓN _____ N.º DE TEL. DEL HOGAR _____

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN #1 _____ N.º DE CELULAR _____

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN #2 _____ N.º DE CELULAR _____

LUGAR DE EMPLEO DE LOS PADRES

PADRE/GUARDIÁN 1 _____ N.º DE TEL. DEL TRABAJO _____

PADRE/GUARDIÁN 2 _____ N.º DE TEL. DEL TRABAJO _____

MÉDICO AL QUE SE DEBE LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA _____ N.º DE TELÉFONO _____

EL TRANSPORTE DE UN NIÑO ENFERMO QUEDARÁ A CARGO DE LOS PADRES O DE LAS PERSONAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE SI HUBIERA ALGUNA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE, LOS PADRES SERÁN LOS RESPONSABLES DE NOTIFICAR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

FOR OFFICE USE ONLY:

_____ IMMUNIZATION RECORD VERIFIED/ATTACHED

Initials of Central Registration staff member _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE. INDIQUE SI SU HIJO/A TIENE ALGUNO DE ESTOS ANTECEDENTES Y DESCRIBA A CONTINUACIÓN:

ANEMIA _____ ASMA _____ ALERGIAS _____ DIABETES _____ EPILEPSIA _____
 ENFERMEDAD CARDÍACA _____ ENFERMEDAD RENAL _____ TUBERCULOSIS O CONTACTO CON TB _____

ENFERMEDADES GRAVES, LESIONES, OPERACIONES _____

EXPLICACIÓN DE LO MENCIONADO ANTERIORMENTE: _____

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO REGULARMENTE? NO _____ SÍ _____

¿SE LE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR? NO _____ SÍ _____

LA LEY DEL ESTADO DE NUEVA YORK REQUIERE QUE LOS PADRES PRESENTEN UNA SOLICITUD POR ESCRITO A LA ESCUELA, LA CUAL DEBE ESTAR ACOMPAÑADA POR UNA SOLICITUD POR ESCRITO DE PARTE DEL MÉDICO, EN LA QUE SE INDIQUE LA FRECUENCIA Y LA DOSIS DEL MEDICAMENTO RECETADO. LOS PADRES DEBEN TRAER ESTE MEDICAMENTO EN UN FRASCO PARA MEDICAMENTOS.

PROBLEMAS DE LA VISTA: NO _____ SÍ _____ ESPECIFIQUE _____
 USA ANTEOJOS NO _____ SÍ _____ FECHA DEL EXAMEN _____
 NOMBRE DEL DR./DIRECCIÓN _____
 PROBLEMAS AUDITIVOS NO _____ SÍ _____ USA AUDÍFONOS NO _____ SÍ _____
 ESPECIFIQUE: _____

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN _____
 NOMBRE DEL MÉDICO _____
 DIRECCIÓN _____

SI REQUIERE ALGUNA MODIFICACIÓN EN EL PROGRAMA ESCOLAR, DEBE PRESENTAR LA RECOMENDACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN _____

New York State Housing Questionnaire

Identifying and serving students in temporary housing under the McKinney-Vento Act and NYS Ed Law §3209

This form is to be completed when a student first enrolls, and any time a change in housing status occurs. There are no wrong answers. This form may be filled out independently, or the McKinney-Vento Liaison can assist. To access a list of McKinney-Vento Liaisons, please visit <https://www.nysteachs.org/liaisons>

District or LEA	School Name
------------------------	--------------------

About this form and your rights

Schools are required by federal and state law to identify students living in temporary housing and ensure they can enroll, attend, and succeed in school. The **McKinney-Vento Homeless Assistance Act**, together with **New York State Education Law Section §3209**, protects students and families who no longer have a permanent, stable place to live; families who have lost housing; are staying with others temporarily; or are living somewhere that was never meant to be a home.

Eligible students have the right to:

- ✓ Stay in the school they attended when last permanently housed (called the school of origin), for as long as they are in temporary housing.
- ✓ Immediately enroll in the local school where they are temporarily staying (the school of current location).
- ✓ Enroll and start school right away, even without a birth certificate, proof of residency, immunization records, or school records.
- ✓ Receive free transportation to and from the school of attendance, as well as after-school activities (If within 50 miles).
- ✓ Receive free school meals without income paperwork as well as access to other school services including McKinney-Vento Grant resources, if available.

This information is confidential and will be shared only with school staff who have a legitimate educational need to support student access to McKinney-Vento rights and services. Providing this information is voluntary and will be used only to determine eligibility for services under the McKinney-Vento Act and NYS Education Law §3209. Please note that this information will not affect your immigration status, your child's enrollment, or your eligibility for other school services.

STUDENT INFORMATION:

Student Name (Last, First)	Student Grade Level (Preschool-12)
Student Gender ☐ M ☐ F ☐ X= Nonbinary	Student Date of Birth (Month/Day/Year)
Parent, Legal Guardian Name	
Phone Number	E-Mail Address
Address where the student is currently living	

Where is the student residing right now?

Under the McKinney-Vento Act, students are protected when their nighttime residence is not **fixed, regular, and adequate**. Check every box that describes where **the student** is residing right now.

- ☐ Permanent housing: you own, rent or lease a fixed, regular, and adequate home
- ☐ Doubled-up: staying with another family or person due to a loss of housing, economic hardship, eviction, or other similar reason
- ☐ In an emergency, transitional, or domestic violence shelter. Shelter or program name: _____
- ☐ In a hotel or motel because there is no other alternative, adequate place to stay
- ☐ In a car, park, campsite, bus/train station, abandoned building, or another place not meant for stable habitation or established dwelling
- ☐ In a place with no heat, running water, or electricity, or that is otherwise structurally unsafe or inadequate to reside in
- ☐ Displaced by a fire, flood, natural disaster, or other emergency
- ☐ Another temporary situation not listed here: _____

Is there anything else you would like us to know about your situation? (optional)

Is the student an Unaccompanied Homeless Youth (UHY)?

The McKinney-Vento Act identifies students who are not living with a parent or legal guardian, and are not residing in permanent housing, as **Unaccompanied Homeless Youth (UHY)**. UHYs have the right to enroll in school and to complete and sign this form independently, without a parent or adult present. The McKinney-Vento Liaison can assist UHYs with this process.

☐ Please check the box if you believe the student identified above may meet the McKinney-Vento eligibility criteria described above.

Additional Children within the Household?

To help us identify and support all eligible children and youth, please list every child who is currently living with you, regardless of age or school enrollment status. This includes infants, preschool-aged children, and school-aged children.

Student Name (Last, First)	Date of Birth	Grade	Current or Recent School	Last School Attended Before Current or Recent

Student Name (Last, First)	Date of Birth	Grade	Current or Recent School	Last School Attended Before Current or Recent

Accuracy of Information and Signature

The person completing this form certifies that the information provided above is correct and accurate to the best of their ability.

Name (print): _____

Signature: _____ Date: _____

An unaccompanied homeless youth may sign on their own behalf.

Need help? Contact the McKinney-Vento Liaison listed at the top of this form or call the NYS-TEACHS Helpline at 800-388-2014. Visit nysteachs.org for more information.

OFFICIAL USE ONLY (School Staff)

Date received: _____ Received by: _____ Eligibility: ☐ Eligible ☐ Not Eligible ☐ Pending

Homeless Primary Nighttime Residence Code (SIRS):

☐ D = Doubled-up ☐ S = Shelter ☐ H = Hotel/Motel ☐ U = Unsheltered ☐ T = Transitional Housing

Unaccompanied Homeless Youth (UHY): ☐ Yes ☐ No

Designation Form: ☐ Yes ☐ N/A ☐ Coded in Student Information System (SIS)

Liaison notified (initials): _____ Date: _____ ☐ Family declined to provide information

Notes:

MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT AT CENTEREACH

Central Registration 25 N Bicycle Path, Selden, NY 11784 Ph: 631-285-8890

Roberta A. Gerold, Ed. D. Superintendent of Schools

PREVIOUS SCHOOL FAX# or E MAIL _____

My Child _____ formerly a student in
Grade _____ of your school has been registered in Middle Country Central School District,
Centereach, NY. Please send the following information to the SCHOOL INDICATED BELOW:

Cumulative Records

A copy of the Permanent Record

All pertinent psychological and testing information which will be of value in placing this student.

Current Report Card.

All science labs, if applicable.

All ENL related testing scores, including, NYSESLAT and NYSITELL

Thank you for your cooperation.

Parent/Guardian's Signature

Date

CENTEREACH HS
A-F Fax: 631-285-8195
G-N Fax: 631-285-8225
O-Z Fax: 631-285-8139

EUGENE AUER MEMEORIAL ELEMENTARY
17 WING ST
LAKE GROVE NY 11755
Ph: 631-285-8500 fax: 631-285-8501

OXHEAD ROAD ELEMENTARY
144 OXHEAD RD
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8700 fax: 631-285-8701

NEWFIELD HS
GUIDANCE DEPT
145 MARSHALL DR
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8330 fax: 631-285-8336

HAWKINS PATH ELEMENTARY
485 HAWKINS RD
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8530 fax: 631-285-8531

STAGECOACH ELEMENTARY
205 DARE RD
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8730 fax: 631-285-8731

DAWNWOOD MS
GUIDANCE DEPT
10 43RD STREET
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8210
Email: KMortilla@mccsd.net

HOLBROOK ROAD ELEMENTARY
170 HOLBROOK AVE
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8560 fax: 631-285-8561

UNITY DRIVE KDG CENTER
11 UNITY DR
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8760 fax: 631-285-8761

SELDEN MS
GUIDANCE DEPT
22 JEFFERSON AVE
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8410 fax: 631-285-8423

JERICO ELEMENTARY SCHOOL
34 N COLEMAN RD
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8600 fax: 631-285-8601

BICYCLE PATH KDG CENTER
27 N BICYCLE PATH
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8805 fax: 631-285-8801

NEW LANE MEMORIAL ELEMENTARY
15 NEW LANE
SELDEN NY 11784
NEW LANE MEMORIAL ELEMENTARY
Ph: 631-285-8900 fax: 631-285-8901

SPECIAL EDUCATION/PUPIL PERSONNEL
25 N BICYCLE PATH STE. A
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8850 fax: 631-285-8851

CENTRAL REGISTRATION
centralreg@mccsd.net

NORTH COLEMAN RD ELEMENTARY
197 N COLEMAN RD
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8660 fax: 631-285-8661

The mission of the MCCSD is to empower and inspire all students to apply the knowledge, skills, and attitudes necessary to be creative problem solvers, to achieve personal success, and to contribute responsibly in a diverse and dynamic world.



Office of Bilingual Education and World Languages

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

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

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

Estimados padres o persona en
relación parental:

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Nombre Segundo nombre Apellido

FECHA DE NACIMIENTO:

GÉNERO:

Mes Día Año

☐ Masculino
☐ Femenino

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN
RELACIÓN PARENTAL

Apellido Primer Nombre Relación con el estudiante

HOME LANGUAGE CODE

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia
del estudiante?

☐ Inglés ☐ Otro

especifique

2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?

☐ Inglés ☐ Otro

especifique

3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?

☐ Padre 1

☐ Padre 2

especifique

especifique

☐ Tutor(es)

especifique

4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?

☐ Inglés ☐ Otro

especifique

5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?

☐ Inglés ☐ Otro

☐ No sabe hablar

especifique

6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?

☐ Inglés ☐ Otro

☐ No sabe leer

especifique

7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?

☐ Inglés ☐ Otro

☐ No sabe escribir

especifique

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT
INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

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

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

 Firma de un padre o de la persona en relación paternal

Mes: _____ Día: _____ Año: _____
 Fecha

Relación con el estudiante: ☐ Padre ☐ Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ☐ No ☐ Yes

**DATE OF INDIVIDUAL
INTERVIEW:

MO. DAY YR.

OUTCOME OF
INDIVIDUAL
INTERVIEW:

- ☐ ADMINISTER NYSITELL
☐ ENGLISH PROFICIENT
☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL
ADMINISTRATION:

MO. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL
ACHIEVED ON
NYSITELL:

- ☐ ENTERING ☐ EMERGING ☐ TRANSITIONING ☐ EXPANDING ☐ COMMANDING

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

Año escolar 2026-2027

Requisitos de vacunación del Estado de Nueva York para el ingreso o la asistencia a las escuelas¹

NOTAS:

Todos los niños deben estar vacunados de acuerdo a su edad a fin de asistir a las escuelas en el Estado de Nueva York. La cantidad de dosis depende del calendario recomendado por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunación deben ser acordes al [Calendario de vacunación para niños y adolescentes recomendado por el ACIP \(ACIP-Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule\)](#). Las dosis que se administren antes de la edad mínima o antes de los intervalos estipulados en el calendario no se consideran válidas y, como tales, no forman parte de la cantidad de dosis descrita a continuación. Vea las notas al pie para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se encuentran inscritos en clases sin grado deben cumplir con los requisitos de vacunación de los grados a los que deberían asistir según su edad.

Los requisitos de las dosis se DEBEN leer junto con las notas al pie de este calendario.

Vacunas	Prekínder (centro de atención infantil, centro de cuidado diurno, Head Start, guardería o prekínder)	Kínder y grados de 1.º a 5.º	Grados de 6.º a 11.º	12.º grado
Vacuna con toxoide tetánico y diftérico y vacuna contra la tos ferina (DTPa/DTP/Tdap/Td) ²	4 dosis	5 dosis o 4 dosis si la cuarta dosis se administró a los 4 años o más y si la serie se comenzó a administrar con menos de 1 año o 3 dosis a los 7 años o más y si la serie se comenzó a administrar al cumplir 1 año o más	3 dosis	
Vacuna con toxoide tetánico y diftérico y vacuna de refuerzo contra la tos ferina para adolescentes (Tdap) ³	No corresponde			1 dosis administrada a los 10 años o más
Vacuna contra la poliomielitis (IPV/OPV) ⁴	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la tercera dosis se administró a los 4 años o más		
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR) 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 los niños que recibieron las dosis con un intervalo de al menos 4 meses, y entre los 11 y 15 años		
Vacuna contra la varicela ⁷	1 dosis	2 dosis		
Vacuna antimenIngocócica conjugada tetravalente (MenACWY) ⁸	No corresponde			Grados de 7.º a 11.º: 1 dosis administrada a los 10 años o más 12.º grado: 2 dosis o 1 dosis si la dosis se administró a los 16 años o más
Vacuna contra Haemophilus Influenzae tipo b conjugada (Hib) ⁹	1 a 4 dosis	No corresponde		
Vacuna contra el neumococo conjugada (PCV) ¹⁰	1 a 4 dosis	No corresponde		



**Department
of Health**

1. Las pruebas de serología que demuestran la presencia de anticuerpos contra el sarampión, las paperas o la rubéola o la confirmación de laboratorio de estas enfermedades es prueba aceptable para constatar la inmunidad ante estas enfermedades. Las pruebas de serología para la poliomielitis son pruebas aceptables para constatar la inmunidad si la prueba se realizó antes del 1.º de septiembre de 2019 y los resultados de los tres serotipos fueron positivos. Un análisis de sangre positivo de los anticuerpos de superficie de la hepatitis B es prueba aceptable de que se tiene inmunidad ante la hepatitis B. Las pruebas de serología que demuestran la presencia de anticuerpos contra la varicela, la confirmación de laboratorio de esta enfermedad o el diagnóstico que detalle que un niño ha tenido varicela por parte de un médico, auxiliar médico o personal de enfermería especializado es prueba aceptable para constatar la inmunidad ante la varicela.
* Nunca se aceptan títulos de serología para el tétanos, la difteria, la tos ferina, el meningococo, el haemophilus influenzae de tipo b ni las enfermedades neumocócicas.
2. Vacuna contra los toxoides diftérico y tetánico y la tos ferina acelular (DTPa). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños a los que les comience a administrar la serie a tiempo deberían recibir una serie de 5 dosis de la vacuna contra la DTPa a los 2 meses, a los 4 meses, a los 6 meses y entre los 15 y los 18 meses, y a los 4 años o más. La cuarta dosis se debe administrar a partir de los 12 meses, siempre y cuando hayan transcurrido al menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario repetir la cuarta dosis de la DTPa si se administró al menos 4 meses después de la tercera dosis de la DTPa. La dosis final de la serie se debe administrar en la fecha en la que el niño cumple 4 años o después y al menos 6 meses después de recibir la dosis anterior.
 - b. Si la cuarta dosis de la DTPa se administró a los 4 años o más y al menos 6 meses después de la tercera dosis, no es necesario aplicar la quinta dosis (refuerzo) de la vacuna contra la DTPa.
 - c. Los niños de 7 años o más que no se encuentren vacunados por completo con la serie de vacunas contra la DTPa para Infantes deben recibir la vacuna contra la Tdap como la primera dosis de la serie de actualización; si se debe aplicar dosis adicionales, utilice la vacuna de Td o de Tdap. Si la primera dosis se administró antes de cumplir 1 año, entonces se deben aplicar 4 dosis, siempre y cuando la dosis final se haya aplicado a los 4 años o más. Si la primera dosis se administró en la fecha en la que el niño cumple 1 año o después, entonces se debe aplicar 3 dosis, siempre y cuando la dosis final se haya aplicado a los 4 años o más.
 - d. Para obtener más información, consulte la [Guía de actualización para niños de 4 meses hasta 6 años](#).
3. Vacuna de refuerzo contra los toxoides tetánico y diftérico y la tos ferina acelular para adolescentes (Tdap). (Edad mínima para 6.º grado hasta 12.º grado: 10 años)
 - a. Los estudiantes de 11 años o más que ingresen a los grados de 6.º a 12.º deben tener una dosis de Tdap aplicada a los 10 años o más.
 - b. Además del requisito que se debe cumplir para los grados de 6.º a 12.º, también se debe administrar la vacuna de Tdap como parte de la serie de actualización para los estudiantes de 7 años y más que no hayan sido vacunados por completo con la serie de DTPa para Infantes, según se detalla más arriba.
 - c. Los estudiantes de 10 años que estén en 6.º grado y que aún no han recibido la vacuna de Tdap cumplen con los requisitos hasta que cumplan los 11 años.
 - d. Para obtener más información, consulte la [Guía de actualización para niños de 7 hasta 9 años](#).
 - e. Para obtener más información, consulte la [Guía de actualización para niños de 10 hasta 18 años](#).
4. Vacuna contra el virus inactivado de la poliomielitis (IPV) o vacuna oral contra la poliomielitis (OPV). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños a los que se les comience a administrar la serie a tiempo deberían recibir una serie de la vacuna de IPV a los 2 meses, a los 4 meses y entre los 6 y los 18 meses, y a los 4 años o más. La dosis final de la serie se debe administrar en la fecha en la que el niño cumple 4 años o después y al menos 6 meses después de recibir la dosis anterior.
 - b. Para los estudiantes que hayan recibido su cuarta dosis antes de los 4 años y antes del 7 de agosto de 2010 es suficiente la aplicación de 4 dosis con un intervalo de al menos 4 semanas.
 - c. Si la tercera dosis de la vacuna contra la polio se administró a los 4 años o más y al menos 6 meses después de aplicarse la dosis anterior, no es necesario aplicar la cuarta dosis de la vacuna contra la polio.
 - d. Los estudiantes que tienen un registro de OPV, solo la OPV trivalente (tOPV) se tiene en cuenta para los requisitos de vacunación contra la polio en las escuelas del Estado de Nueva York. Se deben contar las dosis de OPV que se administraron antes del 1.º de abril de 2016, a menos que se indique específicamente que son monovalentes, bivalentes o que se hayan aplicado durante una campaña de vacunación contra el poliovirus. No se debe tener en cuenta las dosis de OPV que se hayan administrado el 1.º de abril de 2016 o después.
 - e. Para obtener más información, consulte la [Guía de actualización para niños de 4 meses hasta 18 años](#).
5. Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR). (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna contra el SPR se debe administrar en la fecha en la que el niño cumple 1 año o después. La segunda dosis se debió haber administrado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis para que se la considere válida.
 - b. Sarampión: Se requiere una dosis para prekínder. Se requieren dos dosis para kínder hasta 12.º grado.
 - c. Paperas: Se requiere una dosis para prekínder. Se requieren dos dosis para kínder hasta 12.º grado.
 - d. Rubéola: Se requiere una dosis para prekínder. Se requiere una dosis para kínder hasta 12.º grado.
6. Vacuna contra la hepatitis B.
 - a. Es posible que se administre la dosis 1 en la fecha de nacimiento o en cualquier otro momento después de esa fecha. Se debe administrar la dosis 2 al menos 4 semanas (28 días) después de la dosis 1. La dosis 3 se debe aplicar al menos 8 semanas después de la dosis 2 y al menos 16 semanas después de recibir la dosis 1 y no antes de cumplir 24 semanas (cuando se administran 4 dosis, reemplace la "dosis 4" por la "dosis 3" en estos cálculos).
 - b. Cumplirán con los requisitos las dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) que se apliquen con un intervalo de al menos 4 meses a los 11 años hasta los 15 años.
7. Vacuna contra la varicela. (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela se debe administrar en la fecha en la que el niño cumple 1 año o después. La segunda dosis se debió haber administrado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis para que se la considere válida.
 - b. Para los niños menores de 13 años, el intervalo mínimo entre las dosis que se recomienda es de 3 meses (si la segunda dosis se administró al menos 4 semanas después de la primera dosis, se puede aceptar como válida); para las personas de 13 años o más, el intervalo mínimo entre las dosis es de 4 semanas.
8. Vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente (MenACWY). (Edad mínima para 7.º grado hasta 12.º grado: 10 años)
 - a. Se requiere una dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada para los estudiantes que ingresen a los grados de 7.º a 11.º.
 - b. Para los estudiantes de 12.º grado, si se les administró la primera dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada a los 16 años o más, no es necesario aplicar la segunda dosis (refuerzo).
 - c. La aplicación de la segunda dosis está prevista a los 16 años o más. El intervalo mínimo entre las dosis es de 8 semanas.
9. Vacuna contra Haemophilus Influenzae tipo b conjugada (Hib). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños a los que les comience a administrar la serie a tiempo deberían recibir la vacuna de Hib a los 2 meses, a los 4 meses, a los 6 meses y entre los 12 y los 15 meses. A los niños mayores de 15 meses se les debe aplicar una actualización, según el calendario de actualización del ACIP. La dosis final se debe administrar a los 12 meses o después.
 - b. Si se aplicaron 2 dosis antes de cumplir 12 meses, únicamente se deben administrar 3 dosis con la dosis 3 al menos a los 12 meses hasta los 15 meses y al menos 8 semanas después de recibir la dosis 2.
 - c. Si se aplicó la dosis 1 a los 12 meses hasta los 14 meses, únicamente se deben administrar 2 dosis con la dosis 2 al menos 8 semanas después de recibir la dosis 1.
 - d. Si se aplicó la dosis 1 a los 15 meses o más, únicamente se debe administrar una dosis.
 - e. No es necesario aplicar la vacuna de Hib en niños de 5 años o más.
 - f. Para obtener más información, consulte la [Guía de actualización para niños saludables de 4 meses hasta 4 años \(solo PedvaxHIB\)](#).
 - g. Para obtener más información, consulte la [Guía de actualización para niños saludables de 4 meses hasta 4 años \(ActHIB, Hiberix, Pentacel, Vaxelis o desconocido\)](#).
10. Vacuna contra el neumococo conjugada (PCV). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños a los que se les comience a administrar la serie a tiempo deberían recibir la vacuna contra el PCV a los 2 meses, a los 4 meses, a los 6 meses y a los 12 meses hasta los 15 meses. A los niños mayores de 15 meses se les debe aplicar una actualización, según el calendario de actualización del ACIP. La dosis final se debe administrar a los 12 meses o después.
 - b. Los niños que no hayan sido vacunados desde los 7 hasta los 11 meses deben recibir 2 dosis, con un intervalo de al menos 4 semanas, y luego se les debe aplicar la tercera dosis desde los 12 hasta los 15 meses.
 - c. Los niños que no hayan sido vacunados desde los 12 hasta los 23 meses deben recibir 2 dosis de la vacuna con un intervalo de al menos 8 semanas.
 - d. Si una dosis de la vacuna se aplicó a los 24 meses o más, no se requiere aplicar más dosis.
 - e. No es necesario aplicar la vacuna de PCV en niños de 5 años o más.
 - f. Para obtener más información, consulte la [Guía de actualización para niños de 4 meses hasta 4 años](#). * Según la marca de la vacuna, el calendario puede cambiar.

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
OSAS@health.ny.gov

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
school_immunizations@health.nyc.gov

Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health)
División de excelencia en vacunación (Division of Vaccine Excellence)

health.ny.gov/prevention/immunization/schools/

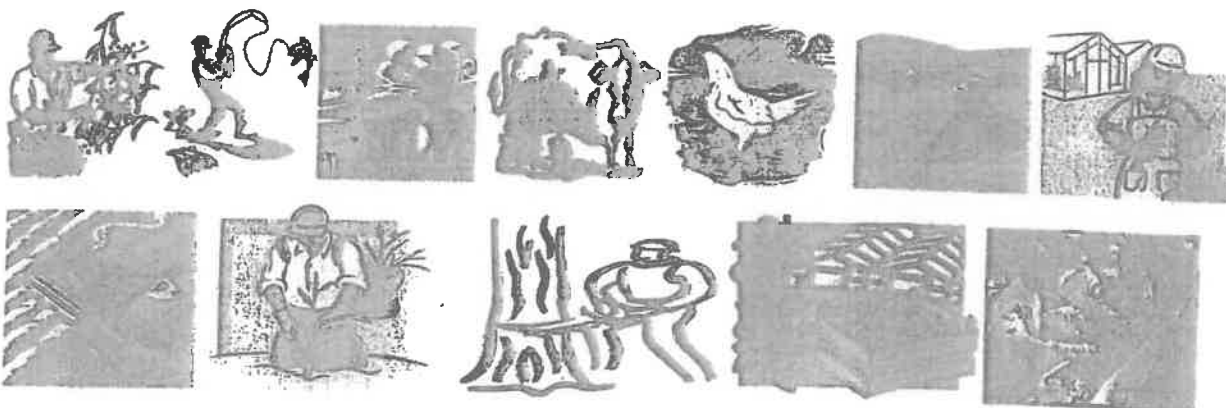
OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

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

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

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

- ☐ Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- ☐ Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- ☐ Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



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

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: (____)-____-____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Para someter este referido, por favor enviarlo por correo electrónico a migranteducation@esboces.org, o enviar un fax al No. 631-240-8912, o enviarlo por correo al Programa de Educación para Migrantes de Long-Island-METRO, 969 Roanoke Avenue, Riverhead, NY. 11901.

Nombre del distrito o de la organización que envía el referido _____