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 #

BUILDING
GRADE
ESL / SPED

ATTACHED

Immunizations	
Custody Papers	

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento

Ciudad natal	Estado	País

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
I - Indio americano o nativo de Alaska		A - Asiático

INFORMACIÓN ANTERIOR DE LA ESCUELA

Ultima escuela a la que asistió	Nivel de grado	Nombre del distrito

Dirección		
¿Recibe su hijo algún servicio de educación especial?	Si	No

COMPLETE SI EL ESTUDIANTE VUELVE A INGRESAR AL DISTRITO ESCOLAR DE MIDDLE COUNTRY

Última fecha y escuela a la que asistió

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR (donde reside el niño)

Proof of Residence

Apellido: Padre 1 o Tutor 1	Primer Nombre	Relacion hacia el niño
		___ Padre biológico/adoptivo ___ Guardián legal ___ Cuidado de custodia ___ Orfanato ___ Padrastro
Numero de Celular ( )	Número de Trabajo ( )	
Correo electrónico:		

Apellido: Padre 2 o Tutor 2	Primer Nombre	Relacion hacia el niño
		___ Padre biológico/adoptivo ___ Guardián legal ___ Cuidado de custodia ___ Orfanato ___ Padrastro
Numero de Celular ( )	Número de Trabajo ( )	
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, DIRECCIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO DEL PADRE QUE NO VIVE CON EL NIÑO

NOMBRE

CALLE CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL

¿DEBE ESTE PADRE RECIBIR CORREO ESCOLAR?	Si	No

Número de casa ( )
Numero de celular ( )
Número de trabajo ( )
Correo electrónico

Firma del Padre / Tutor _____ **Fecha:** _____

MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

ATTN: OFICINA DE SALUD ESCOLAR

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.° DE TEL. DEL HOGAR _____

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

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

LUGAR DE EMPLEO DE LOS PADRES

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

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

MÉDICO AL QUE SE DEBE LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA _____ N.° 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:

_____

_____

_____

_____

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK
Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes para alumnos de preescolar[1]

Estimado padre, madre o tutor:
Gracias por completar el Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes. Esta encuesta aportará a su escuela nueva información valiosa sobre la experiencia de su hijo con los idiomas. La información reunida servirá para que los educadores de preescolar puedan brindar un nivel de instrucción relevante desde el punto de vista lingüístico y académico, que afiance el idioma y la alfabetización de todos los alumnos.

ESTA SECCIÓN SOLO SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR O A CARGO DE LA INSCRIPCIÓN Y SE ARCHIVARÁ
Fecha en que se completó el perfil:
Nombre del estudiante:
Sexo:
Fecha de nacimiento:
Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad:
Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):
Nombre de la persona que administra el perfil:
Puesto:

Información del padre, la madre o la persona que desempeña un rol parental
Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:
Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro
¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela? ☐ Inglés ☐ Otro idioma que se habla en el hogar:

Idioma que se habla en el hogar
1. ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?
2. ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente? (Enumere todos los que correspondan.)
3. ¿Hay un cuidador en el hogar? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?
4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?
5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?
6. ¿Su hijo tiene hermanos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?

7a. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones cortas?

¿En qué idioma?

7b. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones completas?

¿En qué idioma?

8. ¿Qué idioma utiliza su hijo en los juegos de simulación?

9. ¿Cómo ha aprendido inglés su hijo hasta este momento (programas de televisión, hermanos, personas a cargo del cuidado, etc.)?

Idioma fuera del hogar/de la familia

10. ¿Su hijo ha asistido a algún programa de guardería, Head Start o de cuidado infantil? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué idioma se hablaba en el programa?

¿En qué idiomas interactúa su hijo con otras personas en el entorno de guardería o cuidado infantil?

11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que hace su hijo con los amigos?

Objetivos de idioma

12. ¿Cuáles son sus objetivos de idioma para su hijo? Por ejemplo, ¿quiere que su hijo aprenda a hablar bien más de un idioma?

13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe? ☐ Sí ☐ No

14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué idioma?

Alfabetización emergente

15. ¿Su hijo tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca?

¿En qué idioma le leen estos libros?

16a. ¿Su hijo puede decir algunas letras o sonidos en inglés? ☐ Sí ☐ No

16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17a. ¿Su hijo simula leer? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17b. ¿Su hijo simula escribir? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje? ☐ Sí ☐ No

De ser así, ¿qué objetivos describe?

20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

[1] Para más información, comuníquese con la Oficina de Educación Infantil del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-5807, o por correo electrónico a OEL@nysed.gov, o la Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-8775 o (718) 722-2445, o por correo electrónico a OBEWL@nysed.gov.

Año escolar 2026-2027
Requisitos de vacunación del Estado de Nueva York para el ingreso o la asistencia a las escuelas[1]

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.° a 5.°	Grados de 6.° a 11.°	12.° 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.° a 11.°: 1 dosis** administrada a los 10 años o más	**12.° 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**		

NEW YORK STATE | 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.° 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.° grado hasta 12.° grado: 10 años)
   a. Los estudiantes de 11 años o más que ingresen a los grados de 6.° a 12.° 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.° a 12.°, 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.° 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.° 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.° 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.° grado.
   c. Paperas: Se requiere una dosis para prekínder. Se requieren dos dosis para kínder hasta 12.° grado.
   d. Rubéola: Se requiere una dosis para prekínder. Se requiere una dosis para kínder hasta 12.° 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.° grado hasta 12.° grado: 10 años)
   a. Se requiere una dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada para los estudiantes que ingresen a los grados de 7.° a 11.°.
   b. Para los estudiantes de 12.° 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/

17384 (Spanish) 6/2026

Eastern Suffolk BOCES
Educational Services That Transform Lives

NEW YORK STATE MIGRANT EDUCATION PROGRAM

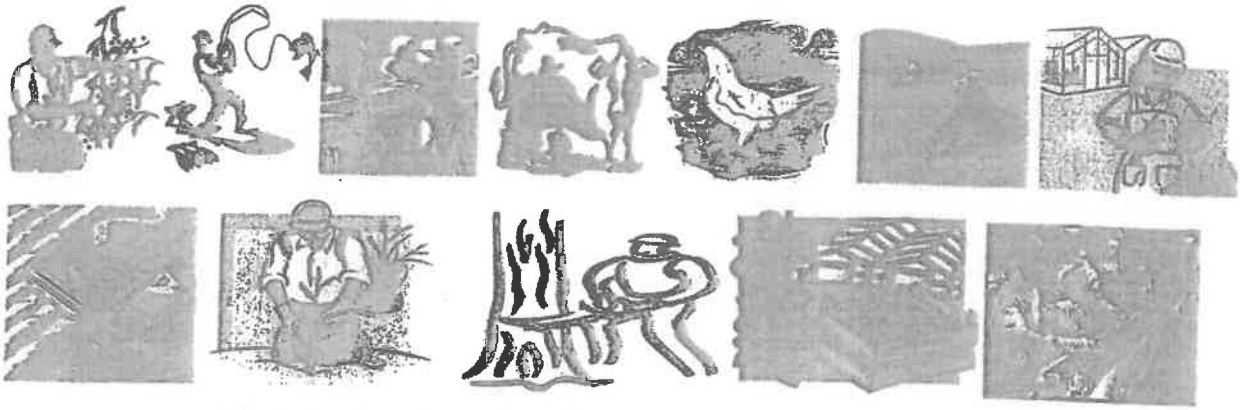
OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

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 envolvimiento 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 _____