MAMARONECK UNION FREE
SCHOOL DISTRICT
Mamaroneck, NY 10543

Estudiante nuevo

Estimados padres/tutores de estudiantes nuevos:

Por favor completen los siguientes formularios en el paquete adjunto:

1. **Certificado de examen físico:** para ser completado por un **médico/profesional del Estado de Nueva York** después de tener un examen físico.

   Por ley, todos los estudiantes nuevos y aquéllos que ingresan a los grados de pre-Kindergarten, Kindergarten, primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y undécimo deben tener un examen físico del Estado de Nueva York. Los formularios completos firmados, sellados y fechados en los últimos 12 meses son aceptables.

2. **Formulario de administración de vacunación:** para ser completado por el médico/profesional de su hijo(a).

3. **Formulario de detección de tuberculina:** debe ser completado por el médico/profesional de su hijo(a).

4. **Formulario del índice de masa corporal (IMC):** (forma no incluida en el paquete)
   La enfermera escolar debe enviar un informe de IMC y categoría de estado de peso a los estudiantes que necesiten exámenes físicos. Si eligen NO querer que los datos anónimos de su hijo(a) sean informados al Estado, visiten nuestro sitio web e impriman el Formulario de rechazo del IMC, fírmenlo y devuélvanlo a su Enfermera escolar lo antes posible.

5. **Formulario de información del historial de salud del niño(a):** para ser completado por el padre/tutor.
   La información en este formulario ayuda a determinar el estado de salud actual de su hijo(a). Este formulario debe completarse anualmente.

6. **Certificado de examen dental:** para ser completado por el dentista de su hijo(a).
   El Estado de Nueva York exige que las escuelas públicas soliciten un certificado de salud dental para los estudiantes al momento de ingresar a la escuela y en los grados de pre-Kindergarten, Kindergarten, primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y undécimo.

7. **Hoja de permiso de medicamentos:** debe ser completada y firmada por el médico/profesional de su hijo(a) y firmada por un padre/tutor, sólo si su hijo(a) tomará algún medicamento mientras esté en la escuela durante el día escolar.

   Este formulario NO está incluido en su paquete. Si es necesario, elijan uno en la Oficina de Salud o imprímanlo desde el sitio web de la escuela.

   Ningún estudiante puede traer o tomar ningún medicamento en la escuela (incluyendo los inhaladores) sin una Hoja de autorización de medicamentos completa, así como un recipiente con la etiqueta de la farmacia para el medicamento. Esto incluye TODOS los medicamentos como Tylenol, Motrin, etc. Todos los medicamentos se guardan bajo llave en la enfermería.

   Si su hijo(a) tiene asma, se recomienda tener un inhalador adicional en la enfermería.

Puede cargar sus documentos de salud en " School Staus Forms & Flows" o enviarlos por correo electrónico directamente a la enfermera escolar. La información de contacto por correo electrónico de la enfermeras se encuentra en el sitio web de las escuelas de Mamaroneck, bajo la sección Departamento - Servicios de salud- Personal de servicios de salud.

POR FAVOR NO ENVÍEN FORMULARIOS POR CORREO DURANTE LOS MESES DE VERANO. LOS ESTUDIANTES NUEVOS NO PUEDEN COMENZAR LA ESCUELA SIN HABER SIDO AUTORIZADOS MÉDICAMENTE POR LA ENFERMERA ESCOLAR.

Si tienen alguna pregunta, por favor llamen o pasen por la Oficina de Salud. Gracias por su cooperación.

Sinceramente,

Central School Enfermera– 914-220-3410
Chatsworth School Enfermera– 914-220-3510
Mamaroneck Ave School Enfermera – 914-220-3610/3618
Murray School Enfermera– 914-220-3710
Hommocks School Enfermera– 914-220-3310/3318
Mamaroneck High School Enfermera – 914-220-3111/3312

Todos los formularios están disponibles en línea en www.mamkschools.org

Departamentos › Servicios de salud › Formularios de Información y para Proveedores de Atención Medica › Formularios del paquete para inscripción

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR
IF AN AREA IS NOT ASSESSED, INDICATE NOT DONE

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special Education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
Sex Assigned at Birth: ☐ Female ☐ Male	Gender Identity: ☐ Female ☐ Male ☐ Nonbinary ☐ X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

If yes to any diagnoses below, check all that apply and provide additional information.

☐ **Allergies**	Type:	
	☐ Medication/Treatment Order Attached	☐ Anaphylaxis Care Plan Attached
☐ **Asthma**	Type: ☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other:	
	☐ Medication/Treatment Order Attached	☐ Asthma Care Plan Attached
☐ **Seizures**	Type:	☐ Date of Last Seizure:
	☐ Medication/Treatment Order Attached	☐ Seizure Care Plan Attached
☐ **Diabetes**	Type: ☐ 1 Type: ☐ 2	
	☐ Medication/Treatment Ordered Attached	☐ Diabetes Medical Management Plan Attached

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: Consider screening for T2DM if BMI % > 85% and has 2 or more risk factors: Family History T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI_____ kg/m2
Percentile (Weight Status Category) ☐ <5th ☐ 5th - 49th ☐ 50th - 84th ☐ 85th- 94th ☐ 95th-98th ☐ 99th and >

Hyperlipidemia: ☐ Yes ☐ No ☐ Not Done | Hypertension: ☐ Yes ☐ Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height: **Weight:** **BP:** **Pulse:** **Respirations:**

Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	Lead Level Required for PreK & K	Date
TB-PRN	☐	☐		☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥ 5 µg/dL	
Sickle Cell Screen-PRN	☐	☐			

☐ **System Review Within Normal Limits**
☐ **Abnormal Findings–List Other Pertinent Medical Concerns Below (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)**

☐ HEENT	☐ Lymph nodes	☐ Abdomen	☐ Extremities	☐ Speech
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Back/Spine/Neck	☐ Skin	☐ Social Emotional
☐ Mental Health	☐ Lungs	☐ Genitourinary	☐ Neurological	☐ Musculoskeletal

☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list): ICD-10 Code*
☐ Additional Information Attached	*Required only for students with an IEP receiving Medicaid

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:

SCREENINGS

Vision & Hearing Screenings Required for New Entrants, PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11

Vision	**With Correction** ☐ Yes ☐ No	**Right**	**Left**	**Referral**	**Not Done**
Distance Acuity		20/	20/	☐ Yes	☐
Near Vision Acuity		20/	20/	☐ Yes	☐
Color Perception Screening ☐ Pass ☐ Fail					☐

Notes:

Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.				**Not Done**
Pure Tone Screening	**Right** ☐ Pass ☐ Fail	**Left** ☐ Pass ☐ Fail	**Referral** ☐ Yes	☐

Notes:

Scoliosis Screening Required for Boys grade 9 and Girls grades 5 & 7	**Negative**	**Positive**	**Referral**	**Not Done**
	☐	☐	☐	☐

Notes:

FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK

☐ **Family cardiac history reviewed** – required for sports (Dominic Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act)

☐ **Student may participate in all activities without restrictions.**

If Restrictions Apply, complete the information below.

☐ **Student is restricted from participation in:**

- ☐ **Contact Sports:** Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, or Wrestling.
- ☐ **Limited Contact Sports:** Baseball, Fencing, Softball, or Volleyball
- ☐ **Non-Contact Sports:** Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, or Track & Field.
- ☐ **Other Restrictions:**

☐ **Other Accommodations*:** (e.g., brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.) Use the additional space below to explain.

*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.

MEDICATIONS

☐ Order Form for medication(s) needed at school attached

COMMUNICABLE DISEASE	**IMMUNIZATIONS**
☐ Confirmed free of communicable disease during exam	☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIIS

HEALTHCARE PROVIDER

Healthcare Provider Signature:

Provider Name: *(please print)*

Provider Address:

Phone:	Fax:

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

MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT
VACCINATION ADMINISTRATION RECORD

Please return this report to your **School Nurse** as soon as your child's vaccinations have been given and/or updated. Failure to provide acceptable evidence of immunizations within fourteen days of entry may lead to exclusion from school. This period may be extended up to thirty days for those transferring from out of state or abroad. Vaccines must follow the Advisory Committee for Immunization (ACIP) guidelines.

This form should be completed and/or updated annually. Please see the list of immunization requirements below:

NAME: _____ **DATE:** _____

DOB: _____ **GRADE:** _____ **TEACHER/COUNSELOR** _____

School: ○ CEN ○ CHAT ○ MAS ○ MUR ○ HMX ○ HS ○ Other: _____

Immunization Requirements:

As required by NY State Dept. of Education, Health Care Provider verification of the following is needed for school attendance:

- **DTaP : three - five (3-5) doses** of diphtheria and tetanus toxoid-containing vaccine and acellular pertussis vaccine
- **Tdap : one (1)dose -** students 11 years of age or older entering grade 6 through 12 are required to have one dose of Tdap
- **IPV : three – four (3-4) doses** of polio vaccine
- **MMR : two (2) doses** of live measles, mumps and rubella vaccine (K-12)
- **Hepatitis B: three (3) doses** of Hepatitis B vaccine at intervals recommended by the ACIP
- **VARICELLA: – two (2) doses** of Varicella (chicken Pox) entering kindergarten through Grade12
- **MENINGOCOCCAL: one (1) dose** entering Grade 7 through 11, one-**two (1-2) doses** at age 16 and entering Grade 12

In addition, for pre-kindergartners:

- **Hib** Haemophilus influenzae type b vaccine: 1-4 doses
- **PCV** Pneumococcal conjugate (**PCV**) 1-4 doses (age appropriate)
- **MMR & Varicella :** one (1)dose

VACCINATION ADMINISTRATION RECORD
TO BE COMPLETED & SIGNED BY THE HEALTH CARE PROVIDER

VACCINE DATE GIVEN:

DTaP 1 _____ DTaP 3 _____

DTaP 2 _____ DTaP 4 _____

DTaP 5 _____ OR...

DT 1 _____ OR Td 1 _____

DT 2 _____ OR Td 2 _____

DT 3 _____ OR Td 3 _____

Tdap _____

IPV 1 _____ IPV 3 _____

IPV 2 _____ IPV 4 _____

VARICELLA 1 _____

VARICELLA 2 _____

MMR 1 _____

MMR 2 _____

TST (LAST) MANTOUX _____ RESULT _____ ❖

BCG _____

❖ If Positive TST, Chest x-ray needed:
Date of CXR: _____ Results: _____

VACCINE DATE GIVEN:

HEP B 1 _____

HEP B 2 _____

HEP B 3 _____

OR (Adult formulation 2 dose series, ages 11 – 15 yrs)

HEP B 1 (1.0 ML) _____

HEP B 2 (1.0 ML) _____

HIB 1 _____

HIB 2 _____

HIB 3 _____

HIB 4 _____

PNEUMOCOCCAL VACCINE

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

MENINGOCOCCAL VACCINE _____

MENINGOCOCCAL VACCINE _____

HEP A 1 _____ HEP A 2 _____

HUMAN PAPILLOMAVIRUS VACCINE (HPV)

1 _____ 2 _____ 3 _____

COVID _____

Other _____

OFFICE STAMP NECESSARY HERE ↓

Healthcare Provider

NAME (Print) _____ SIGNATURE: _____

ADDRESS: _____ TELEPHONE #: _____

CITY/STATE/ZIP: _____ DATE: _____

MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

HEALTH OFFICE

Tuberculosis Screening/Clearance

Student's Name _____

Mamaroneck Schools require TB risk assessment for all incoming new students.

Students with **NO RISK FACTORS** do not require further testing.

_____ This student has no TB risk factors

MD SIGNATURE HERE_____

DATE_____ STAMP_____

Students with Risk Factors require TB testing:

_____ History of TB exposure

_____ Immigration from high incidence countries (Asia, Africa, Eastern Europe, Central & South America)

_____ Lodging with local residents, families in high incidence countries during travel

_____ Household contact with family members from high incidence countries

_____ Exposure to HIV infected, homeless, drug using or incarcerated individuals

_____ **TUBERCULIN SKIN TEST (TST)**

Date Placed_____ Date Read_____

mm of Induration_____

_____ Chest X-ray results

MD SIGNATURE HERE _____

DATE_____ STAMP_____

Please see over for helpful information

These countries have LOW RATES OF TB. (2014 WHO)

Australia, Austria, Bahamas, Belgium, Canada, Costa Rica, Cuba, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Jamaica, Jordan, Luxembourg, Malta, Netherlands, New Zealand, Norway, Puerto Rico, Slovakia, Slovenia, Sweden, Switzerland, United Arab Emirates, United States of America. West Bank and Gaza Strip.

All other countries not listed have high rates of TB exposure (and require testing)

If Tuberculin Test or IGRA is positive, now or previously, the following are required:

1. **Date of Positive TST or IGRA** **Date:** _____/ _____/ _____

2. **Chest X-ray: (Please attach copy of report)** **Date:** _____/ _____/ _____

   _____ **Normal**

   _____ **Abnormal** _____
   (Describe)

3. **Clinical Evaluation:**
   _____ **Normal**

   _____ **Abnormal** _____
   (Describe)

4. **Treatment:**
   _____ **No** _____
   (Please explain)

   _____ **Yes** _____
   (Drug, Dose, Frequency, Dates)

Additional review of history, if indicated:

- BCG Vaccine _____date
- Previous POS TST_____ date
- Previous treatment_____date

Any other comments _____

Thank you.

Distrito Escolar de Mamaroneck

INFORMACIÓN DE HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

(A ser llenado por el padre o tutor al principio de cada año escolar)

El aprendizaje de su estudiante depende de tener buena salud. Para ayudarnos a proveer servicios de salud en la escuela, por favor llene el siguiente formulario. La información es confidencial y puede ser compartida con los maestros conforme sea necesario. **Regrese este formulario a la enfermera escolar lo más pronto posible.** Gracias.

Nombre del estudiante: (Por favor use letra de molde) _____

Fecha de nacimiento: _____ **Hombre**☐ **Mujer**☐

Grado: _____ **Maestro(a)/Consejero(a):** _____

Escuela: ☐ Central ☐Chatsworth ☐Mamaroneck Avenue ☐Murray
☐Hommocks ☐High School ☐ Otra

Nombre del (de los) Padre(s)/Tutor(es) con quien reside: _____

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre)_____; ☐Hombre ☐Mujer; Fecha de nacimiento_____; relación _____

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre)_____; ☐Hombre ☐Mujer; Fecha de nacimiento_____; relación _____

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre)_____; ☐Hombre ☐Mujer; Fecha de nacimiento_____; relación _____

Nombre del doctor: _____ Fecha de la última visita: _____

Nombre del dentista: _____ Fecha de la última visita: _____

¿El estudiante va con un ortodoncista? ☐No ☐Sí **Nombre del doctor**_____

Nacimiento: ¿Alguna complicación o problema durante el embarazo y/o parto? ☐No ☐Sí

Por favor describa: _____

¿Embarazo llegó a término? ☐No ☐Sí Si no, ¿qué tan prematuro(a) fue el bebé? _____ (semanas).

Peso al nacer: _____libras _____onzas

El estudiante ha tenido:	SÍ	Fecha:		SÍ	Fecha:
Varicela	☐	_____	Meningitis	☐	_____
Encefalitis	☐	_____	Fiebre reumática	☐	_____
Enfermedad de Lyme	☐	_____	Prueba positiva de TB	☐	_____
Tendencia a sangrar	☐	_____	Neumonía	☐	_____
Presión arterial alta	☐	_____	Enfermedad del riñón	☐	_____

¿Alguna complicación de las enfermedades anteriores? (por favor explique) _____

¿El estudiante tiene o ha tenido alguna de las siguientes?

• ¿Alergias? Sí ☐
¿A medicina, comida, insectos, polen?
Por favor enumere: _____
¿La alergia ha requerido acción de emergencia en el pasado? No☐ Sí☐
¿Qué le pasa al estudiante? _____

• ¿Asma? Sí ☐
Provocada por: _____Tratamiento: _____
¿Diagnosticada por un doctor? _____ Fecha: _____
Usa: inhalador☐ nebulizador☐ otra medicina☐
Tomada: solo en casa☐ puede necesitar medicina en la escuela☐

POR FAVOR VEA AL REVERSO

• Déficit de Atención Sí ☐ ¿El estudiante toma medicina actualmente? No☐ Sí☐
Nombre de la medicina: _____ Dosis (mg):_____
¿Qué tan seguido la toma? _____

• Alergia a piquete de abeja Sí ☐ Describa la reacción: _____
Dificultad para respirar No☐ Sí☐
¿Necesita medicina de emergencia? No☐ Sí☐

• ¿Problemas de articulaciones, huesos, o huesos rotos? Sí ☐ Describa: _____
¿Alguna restricción física? _____

• Diabetes Sí ☐ ¿Requiere insulina? No☐ Sí☐ Fecha de diagnóstico: _____

• ¿Mareos, pérdida de conciencia, desmayos o pérdida de memoria? Sí☐

• Condición del corazón, murmuro o latido irregular? Sí ☐ Describa: _____
¿Alguna restricción física? No☐ Sí☐
¿Cuál? _____ ¿Medicina? No☐ Sí☐

• ¿Historia de niveles altos de plomo en la sangre? Sí ☐ ¿Cuándo? _____ ¿Cuál fue el nivel? _____

• ¿Pérdida de un ojo, riñón, testículo u otro órgano? Sí ☐ _____

• ¿Herida previa en la cabeza? Sí ☐ Edad: _____ Describa: _____

• ¿Convulsiones? Sí ☐ Tipo de convulsión: _____
Fecha de última convulsión: _____ Medicina: _____
¿El estudiante está actualmente bajo el cuidado de un doctor para convulsiones? No☐ Sí☐

¿El estudiante ha tenido alguna otra enfermedad? _____

¿El estudiante toma alguna otra medicina diario en casa? No ☐ Sí ☐ **¿En la escuela?** No ☐ Sí ☐
Nombre de la medicina: _____Razón para tomarla: _____

¿El estudiante ha tenido alguna condición que requirió tratamiento de emergencia u hospitalización? No ☐ Sí ☐

Si sí, ¿para qué?	Edad	¿Cuánto tiempo en el hospital?	¿Cirugías?
_____	____	_____	_____

Marque las siguientes categorías/preocupaciones de salud que conciernan al estudiante:

<> Ojos: ☐usa lentes ☐usa lentes de contacto: ☐para leer ☐para distancia ☐todo el tiempo

<> Oídos: ☐infecciones frecuentes ☐tubos de oído presentes Fecha: _____
usa aparato auditivo; ☐oído derecho ☐oído izquierdo ☐dificultad para escuchar-explique: _____

<> Otros: ☐sangrado de nariz ☐requiere pañal ☐dificultad para dormir ☐come muy poco
☐dolores de cabeza/migrañas ☐requiere cateterización ☐problemas dentales ☐come demasiado
☐intestino ☐vejiga ☐moja la cama ☐menstruación ☐fobias

¿El estudiante tiene algún problema médico, físico, de aprendizaje o emocional acerca del cual la escuela deba saber?
(discapacidades; padres recién separados; etc.) _

_____

¿Su estudiante ha sido evaluado por alguno de los siguientes expertos? (en los últimos 12 meses):

☐audiólogo ☐terapista ocupacional ☐psicólogo ☐terapista de habla/lenguaje
☐neurólogo ☐terapista físico ☐psiquiatra ☐otro: _____

¿Alguna otra preocupación sobre la salud del estudiante? _____

_____

Firma del Padre/ Tutor Fecha

DISTRITO ESCOLAR DE MAMARONECK

Mamaroneck, NY 10543

CERTIFICADO DEL DENTISTA

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR:

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____

Escuela: _____ **Grado:** _____ **Maestro(a):**_____

A SER COMPLETADO POR EL DENTISTA:

Fecha del último examen: _____

Marque el trabajo que fue completado en el último examen:

__Inspección __Limpieza __Reparación __Ningún tratamiento

Por favor provea cualquier información acerca de la salud dental del niño(a) que la enfermera escolar debería saber:

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre del dentista (por favor use letra de molde): _____

Teléfono: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Sello de la oficina del dentista (requerido):