

EL DISTRITO ESCOLAR DE HUNTINGTON

Las horas de matricularse: 9:00AM-1:00PM (lunes-viernes)

**Para citas fuera de este horario llame
(631) 673-2974**

El lugar: 50 Tower Street, Huntington Station, 11746 (Salón 109)

¡Bienvenidos al distrito escolar de Huntington! Cuando los padres, las personas en relación como los padres o el niño, cuando sea apropiado, quieren matricularse en el distrito escolar, tal niño se matriculará y asistirá a la escuela el día siguiente o lo más pronto posible.

El distrito escolar determinará si el niño tiene el derecho de asistir a las escuelas de Huntington de acuerdo con la documentación y declaraciones entregadas al distrito escolar, según la ley pertinente y la política del distrito.

Es posible que haya una reunión con los padres del niño, las personas en relación como los padres o el niño, cuando sea apropiado, para determinar si el niño tiene el derecho de asistir a las escuelas del distrito escolar.

El distrito escolar reserva el derecho de poner en duda si cualquier niño tiene el derecho de asistir a las escuelas en el distrito escolar en cualquier momento.

Si el distrito escolar toma la decisión que un niño no tiene el derecho de asistir a las escuelas en el distrito escolar, los padres, las personas en relación como los padres o el niño, cuando sea apropiado, serán notificados y el niño será excluido de asistir a las escuelas del distrito escolar a menos que se prohíba una exclusión.

Más abajo se encuentra una lista de los formularios y otros documentos que se puede entregar al distrito escolar para demostrar la elegibilidad de su niño para asistir a las escuelas del distrito escolar. Si no pueden entregar los documentos de abajo, por favor, fijen una cita con la maestra de la matrícula (llamen a 631-673-2974).

Deben traer los siguientes documentos para matricularse:

I. Prueba de residencia en el distrito

Dueño de casa:

- Su factura actual de impuestos, estado de cuenta de hipoteca, la hipoteca o el documento de compraventa; y

Hay que entregar tres de los siguientes documentos:

- Facturas actuales de servicios públicos (agua, luz, gas, cable)
- Estado de cuenta de servicios sociales
- Facturas médicas
- Recibos de sueldo
- Estado de cuenta de su tarjeta de crédito.

Arrendatario:

- Su contrato actual de arrendamiento firmado por el dueño de la propiedad (notariado) o la declaración jurada (afidávit) del dueño de la propiedad notariada por el dueño de la propiedad (adjunto); y

Hay que entregar tres de los siguientes documentos:

- Facturas actuales de servicios públicos (agua, luz, gas, cable)
- Estado de cuenta de servicios sociales
- Facturas médicas
- Recibos de sueldo
- Estado de cuenta de su tarjeta de crédito.

Si los documentos mencionados arriba no son disponibles, el distrito escolar puede considerar lo siguiente:

- Una declaración por un propietario de un tercero, el dueño o el arrendatario de que los padres, las personas en relación como padres arrienda o con quien comparten la propiedad dentro del distrito escolar;
- Tal otra declaración por un tercero que establece la presencia física en el distrito escolar de los padres o las personas en relación como los padres;
- Formulario de impuestos de ingreso
- Otras cuentas
- Documentos de membresía (por ejemplo la tarjeta de biblioteca) basados en la residencia;

- Documentos de inscripción de votantes
- La licencia oficial de conducir, el permiso de aprendizaje, o la identificación para los no conductores;
- Otra identificación expedida por el estado o el gobierno
- Documentos expedidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, la agencia local de servicios sociales, la oficina federal de reasentamiento de refugiados); o
- Prueba de custodia del niño, que incluye pero no se limita a la orden judicial de custodia o papeles de tutoría legal

(Si los documentos en esta parte no son disponibles, el distrito escolar puede aceptar otras pruebas de elegibilidad.)

II. Información de estudiante

- Certificado de nacimiento o registro bautismal (incluso una transcripción certificada de un certificado de nacimiento o registro bautismal de otro país) que contiene la fecha de nacimiento
 - Si el certificado de nacimiento o registro bautismal no son disponibles, un pasaporte (incluso pasaporte de otro país) se puede entregar al distrito escolar.
 - Si el certificado de nacimiento, registro bautismal y el pasaporte (incluso pasaporte de otro país) no son disponibles, otra prueba de la edad del niño se puede entregar que incluye pero no se limita a los siguientes documentos: licencia oficial de conducir; otra identificación expedida por el estado o el gobierno; identificación de la escuela con foto y la fecha de nacimiento; tarjeta de identificación de consulado; registro de salud o de un hospital; tarjeta militar para los dependientes; documentos expedidos por las agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, la agencia local de servicios sociales, la oficina federal de reasentamiento de refugiados); órdenes judiciales u otros documentos del corte; documentos de las tribus de indígenas norteamericanas; los registros de agencias internacionales voluntarias o sin fines de lucro.
- Prueba de inmunizaciones (el formulario incluido u otro)
- Registro del examen físico completado en los últimos 12 meses (el formulario incluido u otro)
- Registro académico – el expediente/calificaciones, el formulario de transferir de la escuela anterior, programa educativo individualizado - IEP según sus siglas en inglés (no para la matrícula de Kindergarten)

III. Información de padres/apoderados

- Identificación con foto; y

Si no es un padre/madre natural, uno de los siguientes:

- Documento de tutoría legal o custodia por orden judicial
- Papeles de adopción
- Niños acogidos: El formulario DS 2999 de la agencia
- Documentos que indican que el niño vive con un patrocinador con el cual una agencia federal ha asignado al niño

Si los documentos mencionados arriba no son disponibles, el distrito escolar puede requerir que los padres o las personas en relación como padres provean un affidavit que: (1) indica que ellos son los padres con quien vive el niño; o (2) indica que ellos son las personas en relación como padres al niño, sobre quien tienen custodia y control total y permanente, y describe cómo obtuvieron la custodia y control permanente, sea por medio de la tutoría legal u otra manera.

Se deben llenar los siguientes formularios:

- Solicitud de matricularse (una por familia)
- Formulario de etnicidad/raza (uno por familia)
- Affidavit de matricularse (uno por familia)
- Aviso de evaluación de Chapter 53
- Cuestionario sobre el idioma que se habla en el hogar
- Formulario de la divulgación de información
- Formulario de la historia escolar
- Formulario de un adulto en la parada de autobús (solamente Kindergarten)
- Formulario del examen físico con el registro de inmunizaciones
- Formulario de la historia de salud y la tarjeta de emergencia de salud

Family Name _____
 New Entry _____
 Re-Entry _____

HUNTINGTON UNION FREE SCHOOL DISTRICT
 PO Box 1500, Huntington, NY 11743

Current Enrollment _____
 September Enrollment _____

ENROLLMENT APPLICATION

LAST NAME	FIRST NAME	MI	SEX	DOB	ETHNICITY	HOME LANGUAGE	SCHOOL	GRADE

*AI=American Indian/Alaskan Native; A=Asian; B=Black; H=Hispanic; M=Multiracial; P=Pacific Islander; W=White

Please indicate if there are other siblings who are already enrolled in our district:

LAST NAME	FIRST NAME	SCHOOL	GRADE	DOB

HOUSEHOLD ADDRESS _____ CITY _____ ZIP _____ HOME PHONE _____

DID STUDENT PREVIOUSLY ATTEND OUR SCHOOLS? _____ IF YES, WHEN AND WHERE? _____

FORMER ADDRESS, IF RECENTLY MOVED _____ LAST DISTRICT/SCHOOL ATTENDED _____

PARENTS' NAMES	MARITAL STATUS TO CHILD	RELATIONSHIP TO CHILD	HOME ADDRESS	HOME PHONE	CELL PHONE	WORK PHONE

Homeowner or Renter _____ Is current address temporary? _____ If temporary, is it due to economic hardship? _____

Where is student presently living? Motel _____ Shelter _____ House/Apt. _____ Moving from place to place _____ Other _____

Parent Signature _____ Date _____

For Office Use:

Proof of Birth _____ Proof of Guardianship _____ Is Student Receiving Services? _____

4 Proofs of Residency _____

Registrar Signature _____ Date Entered District _____ Enrollment Date _____

HUNTINGTON UNION FREE SCHOOL DISTRICT
P.O. Box 1500
Huntington, New York 11743
(631) 673-4299 Fax (631) 673-9174

DECLARACIÓN DE REGISTRACIÓN

Las siguientes personas (nombre todas las personas que viven con usted):

Residimos en _____

_____ Huntington _____ Huntington Station _____ Cold Spring Harbor

que esta dentro de los limites del Distrito Escolar de Huntington.

Entiendo que si me mudo o no resido en la mencionada dirección, y mis niños continúan asistiendo al este distrito escolar yo sere responsable de los pagos para la educación de mis niños. Desde el momento que el distrito determine que las personas nombradas arriba no residen en esta dirección, desde ese momento sus niños no podran asistir a nuestras escuelas.

Yo afirmo que mi hijo/a no esta suspendido de ningún otro distrito escolar, ni tiene ninguna clase de reuniones con el superintendente de escuelas.

Yo entiendo y afirmo que toda esta declaración es verdadera, y que si el comité de educación de Huntington determina que estos datos son falsos usted podria ser acusado de mentir (y menties un delito)

Firme aqui

County of Suffolk)
)
State of New York)

Sworn to before me this _____ day
of _____, 20__.

Notary Public

*****USE ESTA FORMA SI USTED RENTA Y NO TIENE CONTRATO*****

HUNTINGTON UNION FREE SCHOOL DISTRICT
P.O. Box 1500, Huntington, New York 11743
Phone (631) 673-4299 Fax (631) 673-9174

DECLARACIÓN DEL DUEÑO DE CASA

Información del Propetario

Información de las Personas que Rentan

Nombre del Dueño _____

Nombre del Arrendador _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad Estado Zip _____

Ciudad Estado Zip _____

Numero del Telefono _____

Numero del Telefono _____

INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA

Por favor especifique en que clase de vivienda esta este apartamento.

____ Vivienda para una sola familia

____ Vivienda para dos familias

____ Edificio

____ Vivienda para tres familias

____ Numero de Apartamentos

____ Condominio

INFORMACIÓN DE CONTRATO

Por favor especifique los terminus de contrato.

Fecha que empieza el contrato _____ y termina _____

Relacion de la renta _____

NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTE APARTAMENTO

A testigo que al mejor de mi conocimiento la información ya mencionada es verdad, y soy consciente que les declaraciones o los demandas fraudulentas se pueden procesar en la mejor medida posible de la ley.

Firma del Dueño

State of New York }
County of Suffolk } _____

Sworn to before me this _____ day of _____, 20_____
Firma el Notario/Notary Public

NOTA: Si usted no puede proporcionar la información antedicha, por favor llame a la Sra. Hernandez al 631-673-4299 para discutir formas alternativas para verificar residencia en el distrito.

HUNTINGTON UNION FREE SCHOOL DISTRICT
Forma de la pertenencia étnica / de la raza

Fecha: _____

Todos los estudiantes entre 5 y 21 años de edad tienen el derecho a una educación gratis pública. Los niños no pueden ser rechazado en la admisión debido a la raza, el color, el credo o el origen nacional, sexo, ciudadanía, perjudicando la condición, o el estado de inmigración. **Conteste por favor a la pregunta 1 y 2.**

Nombre del estudiante:	Grado:	Escuela:	SI o NO	2. Elija a uno o más grupos raciales:
			<p>1. ¿Es el estudiante Hispano, Latino, o de origen Español? Hispano, Latino, o de origen Español significa una persona cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o suramericano, o de otro origen o cultura española, indiferente a la raza</p>	<p>Negro: Una persona que tiene orígenes en grupos raciales negros de África. Blanco: Una persona que tiene orígenes en gentes originales de Europa, África del Norte, o del Oriente Medio. Isleño Hawaiano u otro Pacífico Nativo: Una persona que tiene orígenes en gentes originales de Hawaii, de Guam, de Samoa, o de otras islas de Pacífico. Asiático: Una persona que tiene orígenes en gentes originales del Extremo Oriente, Asia Sur-Oriental, o el subcontinente indio incluyendo por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malaysia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam. Americano Indio o Nativo de Alaska: Una persona que tiene orígenes en gentes originales del Norteamérica y que mantiene la identificación cultural con la afiliación tribal del reconocimiento de comunidad, por ejemplo, Cherokee, Mohawk, Inuit.</p>
			<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Hawaiano/Pacífico Nativo <input type="checkbox"/> Americano Indio/Nativo de Alaska</p>
			<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Hawaiano/Pacífico Nativo <input type="checkbox"/> Americano Indio/Nativo de Alaska</p>
			<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Hawaiano/Pacífico Nativo <input type="checkbox"/> Americano Indio/Nativo de Alaska</p>
			<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Hawaiano/Pacífico Nativo <input type="checkbox"/> Americano Indio/Nativo de Alaska</p>

Firma del padre o del guarda: _____ **Relación al estudiante(s):** _____

Identificación racial y étnica del estudiante:

Para el padre / guarda: El *Huntington Union Free School District* ha adoptado una política que requiere la colección y la grabación de la identidad étnica de estudiantes de acuerdo con las categorías y las definiciones federales. La información será utilizada:

- Informará reportes al estado y a los departamentos de educación federales.
- Proyectará los programas educativos y cerciórese de que son fácilmente disponibles a todos los estudiantes.
- Estudiará el movimiento de estudiantes en diversos grupos étnicos como se trasladan desde escuela a la escuela.
- Analizará las diferencias en funcionamiento, la atención y la terminación académicos de la escuela.

El *Huntington School District* entiende la naturaleza sensible de esta información y desea asegurarse que será mantenido seguro y confidencial de acuerdo con todo el estado y leyes y regulaciones federales de la aislamiento del estudiante. Es protegido por las Regulaciones de Confidencial citadas abajo.* Si la información pedida no se proporciona en esta forma a nombre de su niño, requerirán a un oficial de expediente del estudiante de la escuela o del distrito escolar identificar al grupo a quien el estudiante aparece pertenecer, identifica con, o se mira en la comunidad como perteneciendo.. Gracias por su cooperación.

Al personal de la escuela: Esta forma será archivada en los documentos permanente del estudiante como información confidencial.

*Los *Derechos de la Familia y el Acto de Aislamiento Educativos (1974)* prohíbe el acceso desautorizado a los expedientes del estudiante y al lanzamiento desautorizado de cualquier información de registro del estudiante identificable por nombre del estudiante o número de identificación del estudiante.

HUNTINGTON UNION FREE SCHOOL DISTRICT

"A Tradition of Excellence Since 1657"

Registration Office
50 Tower Street
Huntington Station, NY 11746

Noreen Hernandez
Attendance Teacher

(631) 673-4299
Fax: (631) 673-9174

(Fecha)

Queridos Padres/Guardianes:

Las escuelas de Huntington, como todas las demás escuelas en el Estado de Nueva York tienen que administrar un análisis completo de todo los alumnos nuevos (que no hayan asistido las escuelas del estado de Nueva York ó que no hayan recibido un análisis completo).

El Capítulo 53 de las leyes de 1980 requiere que el análisis completo incluya el desarrollo físico, desarrollo del conocimiento, expresión y recepción en el desarrollo del lenguaje, habilidad de articulación, y el desarrollo de la coordinación. Las personas que administran este análisis incluyen a la enfermera de las escuela, el terapeuta de lenguaje, el psicólogo de la escuela, y profesores de lectura, matemática, y profesores de ESL. (profesores de estudiantes que no tienen como lengua nativa el Inglés). En las escuelas secundarias, las consejeras también participan en el análisis.

Si, a causa del análisis, determinamos que tenemos que hacer más evaluaciones, nos pondremos en contacto con usted para discutir nuestras preocupaciones sobre su hijo/a y para obtener permiso para administrar una evaluación extensa.

Sinceramente,

Noreen Hernandez

Lei y comprendí esta notificación _____
Firma del padre/guardian

Escuela _____ Grado _____

Nombre del estudiante _____



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
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 ("HLQ" por sus siglas en inglés)

*Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, 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.*

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

FECHA DE NACIMIENTO:

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

GÉNERO:

Masculino
 Femenino

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL

Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante
----------	---------------	----------------------------

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

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?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	_____
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)		_____
			<i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe hablar
			<i>especifique</i>
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe leer
			<i>especifique</i>
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe escribir
			<i>especifique</i>

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

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 ("IEP" por sus siglas en inglés)? 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? _____

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal _____ Date _____

Relación con el estudiante: Madre 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:

HUNTINGTON UNION FREE SCHOOL DISTRICT

P.O. BOX 1500, Huntington, NY 11743

Registration Office 631-673-2974

RECORDS REQUEST

The student named below has registered in our school district. Kindly fax academic and health reports (including immunizations), to the school as indicated. A prompt response is greatly appreciated.

SCHOOL FAX NUMBER

___ Flower Hill Primary 631-425-6255	___ Jack Abrams STEM School 631-421-7178
___ Washington Primary 631-425-6259	___ Woodhull Intermediate 631-425-4718
___ Southdown Primary 631-425-6258	___ Finley Middle School 631-425-4746
___ Jefferson Primary 631-425-6257	___ Huntington HS 631-425-4730

STUDENT NAME _____ DATE OF BIRTH _____

Last Grade Attended _____

Former School Name _____

School Address _____

Town/State/Zip _____

Fax Number _____

PARENTAL PERMISSION:

I give my permission to release this information to the Huntington School District.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

HUNTINGTON UNION FREE SCHOOL DISTRICT

HISTORIA DE LA ESCUELA

Por favor propocione una lista de las escuelas, districtos y estados que su nino ha atendido.

NOMBRE DE ESTUDIANTE _____

GRADO	ESCUELA	DISTRICTO	ESTADO	FECHA DE COMIENZO	FECHA TERMINO	GRADO COMPLETADO?
K						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Signatura del padre _____ Fecha _____

FORMULARIO HISTORIAL DE SALUD

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ teléfono _____

Nombre de Medico _____ teléfono de Medico _____

Escuela _____ grado _____

Idioma native hablado en el hogar _____ Hembra _____ Varón _____

Los adultes en el hogar (nombres)

Problemas de salud

Madre _____

Padre _____

Otros _____

Niños en el hogar (nombres)

Edad

Escuela

Problemas de salud

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Por favor de indicar si su niño/a tiene alguno/a de lo siguiente:

	<u>Año</u>	<u>Por favor Explique</u>
Anemia	_____	Asma/Alergias _____
Varicela	_____	Diabetes _____
Condiciones del oído	_____	Frecuente nariz sagrienta _____
Nefritis	_____	Enfermedades del corazón _____
Problemas urinarios	_____	Problemas cardíaco _____
Fiebre reumática	_____	Problemas ortopedicos _____
Tuberculosis	_____	Problemas nuroológico/epilepsia _____
Contacto con TB	_____	Condiciones de la piel _____
Quinta enfermedad (eritema infeccioso) _____		Frecuentes catarros/infecciones de la garganta _____

Actualmente esta tomando su niño/a algun medicamento? _____ Si _____ No

Si contesto si explique el problema médico y el medicamento: _____

Conteste lo mayor que pueda las signientes preguntas:

Tiene su hojo/a problemas visuales? _____ Si _____ No. Explique _____

Usa su hijo/a lentes correctivos? _____ Si _____ No

Hay alguien en su familia que tenga dificultad en distinguir colores? _____ Si _____ No Quien? _____

Esta su hijo/a bajo tratamiento por impedimento de oído? _____ Si _____ No Por favor de explicar si

hay algunas condiciones especiales _____

Hay algunos problemas de habla? ____ Si ____ No. Esta su hijo/a recibiendo terapia del habla? _____

Tiene su hijo/a alguna alergia conocida? _____

(a) Alergias de alimento? _____

(b) Intolerancia lactosa (alergia a la leche)? _____

(c) Alergias de latex? _____

Si hay alguna consideración especial por alguna alergia por favor de explicar:

Fue hospitalizado su hijo/a desde su nacimiento? ____ Si ____ No. Si contesta si de razón y fecha: _____

(a) Alguna operación? _____ Razón y fecha _____

(b) Alguna enfermedad o herida grave? _____

Tuvo la madre alguna dificultad durante su embarazo? Nacimiento? ____ Si ____ No. Por favor de explicar _____

(a) Jaundice? _____

(b) Dificultad respiratoria? _____ Explique _____

(c) Infecciones? ____ Si ____ No. Que tipo? _____

(d) Problemas con alimentos? ____ Si ____ No. Explique _____

Nació su hijo/a con defectos congénitos? ____ Si ____ No. Si contesto si por favor de describir: _____

Fue su hijo/a puesto en cuidado neonatal intensivo o en guardería infantil del riesgo alto? ____ Si ____ No

Cuanto tiempo? _____

Nació su hijo/a prematuramente? ____ Si ____ No. Cuántas semanas? _____

Nació su hijo/a post-maturamente? ____ Si ____ No. Cuántas semanas? _____

Por favor de explicar restricciones o limitaciones de actividades físicas:

Hay algo acerca de la salud de su hijo/a de lo cual el personal de la escuela debe estar enterado?

Comentarios adicionales?

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTH CARE 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	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
Asthma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
Seizures <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached Date of last seizure:
Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

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

BMI _____ kg/m2

Percentile (Weight Status Category): <5th 5th-49th 50th-84th 85th-94th 95th-98th 99th and >

Hyperlipidemia: No Yes Not Done **Hypertension:** No Yes Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	List Other Pertinent Medical Concerns (e.g. concussion, mental health, one functioning organ)
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lead Level Required Grades Pre- K & K			Date	
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g}/\text{dL}$				

System Review and Abnormal Findings Listed Below

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations: _____ Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-10 Code* _____

Additional Information Attached

*Required only for students with an IEP receiving Medicaid

Name:				DOB:	
SCREENINGS					
Vision (w/correction if prescribed)		Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity		20/	20/		<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening		<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail			<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Referral <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	
Notes					
Scoliosis Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK					
<input type="checkbox"/> Student may participate in all activities without restrictions. <input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in: <input type="checkbox"/> Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling. <input type="checkbox"/> Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball. <input type="checkbox"/> Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field. <input type="checkbox"/> Other Restrictions:					
Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level OR Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level. Tanner Stage: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V Age of First Menses (if applicable) : _____					
<input type="checkbox"/> Other Accommodations*: (e.g. Brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggle, etc.) Use additional space below to explain. *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.					
MEDICATIONS					
<input type="checkbox"/> Order Form for Medication(s) Needed at School Attached					
IMMUNIZATIONS					
		<input type="checkbox"/> Record Attached	<input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS		
HEALTH CARE PROVIDER					
Medical Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
Please Return This Form To Your Child's School When Completed.					

Tarjeta de salud en caso de emergencia

Apellido de estudisante _____ Correo electronic de padre _____

Domicilio _____ Telefono _____

Nombre de ninos _____ grado / maestra _____ Nombre del padre _____

1.

Donde se puede localizer el padre de 8 A.M. - 3 P.M.

Domicilio _____ Telefono _____

2.

Nombre de la madre _____

3.

Donde se puede localizer la madre de 8 A.M. - 3 P.M.

4.

Domicilio _____ Telefono _____

5.

Alternativos autorizado (relativo, amigo, vecino)

1. Nombre _____ Relacion _____

Domicilio _____ Telefono _____

2. Nombre _____ Relacion _____

Domicilio _____ Telefono _____

Doctor de familia por una emergencia _____ Telefono _____

Dentista de familia por una emergencia _____ Telefono _____

Preocupaciones Medica _____

(Favor de llenar la informacion arriba y devolver a la escuela)

H-20