

## REGISTRO DE UN NUEVO/A PARTICIPANTE

### PROCEDIMIENTOS para inscribir a los niños que asistan al Kinderhook (Ichabod Crane) Distrito Escolar Central

En conformidad con la Ley de Educación, se puede inscribir a los niños en cualquier momento en el Distrito Escolar Central de Ichabod Crane, una vez que se haya establecido la residencia y el Distrito está en recepción de toda la documentación necesaria.

### PROCEDIMIENTOS DE INSCRIPCIÓN

#### **PASO 1-CONTACTAR A LA (S) ESCUELA (S)**

La inscripción para todos los estudiantes nuevos se produce en la Oficina del Registro Central, ubicada en la Oficina Central, en 2910 de la Ruta 9 de Valatie, NY 12184. ([518-758-7575 ext. 3009](tel:518-758-7575)). Las horas de registro son de 8:00 am a 4:00 pm, de Lunes a Viernes. (Las horas de verano son del 06 de julio hasta el 04 de septiembre 2016 y son: de 8:00 am a 4:00 pm de lunes a jueves y de 8:00-11: 00a.m. el viernes) CON CITA PREVIA.

**En el momento de su cita para inscribir a su hijo, por favor traiga lo siguiente:**

- Registro de vacunas
- Acta de nacimiento original con sello o Pasaporte
- Los registros escolares (IEP / 504 Plan de Adaptación si procede) del distrito escolar anterior
- Ordenes de la Corte, Decretos, Acuerdos de custodia (si procede)
- Si tiene una colocación en hogares, el Formulario 2999 del Departamento de Servicios Sociales
- Los formularios de inscripción con firma del padre / tutor
- Declaración jurada llenada y notariada (sólo se aplica si el padre reside en una vivienda que no arriendan o no es propia)

#### **PASO 2 - ESTABLECER RESIDENCIA HABITACIONAL**

Al registrar a su hijo/ hija, el Distrito le pedirá una de las siguientes documentaciones para establecer con claridad la residencia.

1. Para establecer la residencia, deberán presentarse los siguientes documentos (**un** documento del **Grupo A** o **dos** documentos del **Grupo B**): Cada documento debe ser **actual - con fecha dentro de los 60 días del registro** - y **emitido** en el nombre del padre que tiene la custodia del estudiante (s) o del tutor legal (es).

##### **Grupo A (un documento necesario)**

- Nuevo Residente - Acuerdo de compra habitacional o Inicio de contrato para la construcción (sujeto a la matrícula por la política de la Junta de Educación)
- Contrato de Alquiler/ Arrendamiento Ejecutado (firmado y notariado)
- Factura de Impuestos pagados
- Contrato de Hipoteca de la Casa
- 

##### **Grupo B (dos documentos necesarios - debe estar fechada dentro de los 60 días de la inscripción)**

- Póliza de seguro de propietario de vivienda
- Factura de servicios públicos (electricidad, gas o agua)
- Factura de televisión por cable / satélite
- Factura de teléfono (de línea fija solamente)

El Distrito se reserva el derecho de mantener una copia de todos los documentos utilizados para probar la residencia y para reconfirmar la residencia en cualquier momento.

### **PASO 3 - REGISTRO DE ESTUDIANTES**

La escuela le pedirá completar formularios de registros oficiales.

El paquete de inscripción incluye:

#### **♣ Formulario de inscripción**

♣ **Identificación racial y étnica del estudiante** – El Distrito Escolar Central de Ichabod Crane ha adoptado un procedimiento que requiere la recopilación y el registro de la identidad étnica de los estudiantes de acuerdo con las categorías y definiciones federales. La información será utilizada para:

- Reportar la información a los Departamentos de Educación Estatales y Federales.
- Los programas educativos del plan y asegurarse de que están disponibles para todos los estudiantes.
- Estudiar el movimiento de los estudiantes en los diferentes grupos étnicos, que se mueven de una escuela a otra.
- Analizar las diferencias en el rendimiento académico, la asistencia y la finalización de la escuela.

La información en este formulario es confidencial. Está protegida por las Normas de Confidencialidad a través de los Derechos Educativos de la Familia y Actos de Privacidad (1974) que prohíben el acceso no autorizado a los expedientes de los estudiantes y la liberación no autorizada de cualquier información del expediente del estudiante identificables ya sea por el nombre del estudiante o por el número de identificación del estudiante

♣ **La detección de las familias que están o han estado en trabajos de Agricultura / trabajo en granjas.**

♣ **La liberación de los registros de Distrito escolares anteriores (si procede)**

♣ **Información para organizar el transporte** hacia y desde la escuela

♣ **Formulario de Historia de la Salud** (favor no dude en ponerse en contacto con la enfermera de la escuela si tiene alguna pregunta sobre los procedimientos médicos del Distrito)

#### **NOTA: Plan de Educación Individual o Plan #504 de Acomodación educacional**

• ***Si su hijo / a tiene un Plan Individual de Educación (IEP) o 504 Plan de Adaptación educacional, el Distrito le solicitará una copia del antiguo distrito escolar del niño.***

• ***Las preguntas relacionadas con las colocaciones dentro Comité de Educación Especial (CSE) se pueden dirigir a Robert McCloskey, Director de Educación Especial, al (518) 758 a 7.576.***

#### **El uso de relaciones públicas de los datos del estudiante / y fotos**

De vez en cuando, los funcionarios del distrito escolar pueden revelar información del estudiante (nombre, dirección, nivel de grado, la fotografía, el arte, el trabajo, el interés académico, la participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, los términos de la asistencia escolar y de graduación, los premios recibidos, etc.) para su uso en publicaciones del distrito escolar o dentro de los sitios Web de los edificios escolares, o para los medios de comunicación con fines de relaciones públicas.

Los padres que se oponen a la liberación de información y / o fotografía de su hijo deben notificar al director de la escuela de su hijo por escrito a más tardar el 1 de octubre de cualquier año escolar.

### **PASO 4 - "BIENVENIDOS"**

El Director o el Consejero de Orientación asignará a su hijo/a a una clase o un horario de clase y le proporcionará a usted materiales adicionales que necesitarán su firma y / o para su información.

Bienvenido a Ichabod Crane!

#### **Declaración de conformidad con la No-Discriminación**

El Distrito Escolar Central de Ichabod Crane comunica a los estudiantes, padres, empleados y el público en general que ofrece oportunidades educativas, incluyendo las oportunidades de formación profesional sin distinción de sexo, raza, color, origen nacional, discapacidad o religión. Las preguntas sobre esta política de no discriminación se pueden dirigirse al: Oficial del Cumplimiento del Título IX, Melissa Murrar, Directora, Escuela Primaria Ichabod Crane, Valatie, NY 12184 [\(518\) 758-7676](tel:5187587676) y en la Sección 504 al Oficial del Cumplimiento, Linda Collett, Director de Educación Especial, del Distrito Escolar Central de Ichabod Crane, Valatie, NY 12184 (518) 758-7676. Una copia de la "En cumplimiento de la Sección 1.4 (a)" está disponible en la Oficina del Superintendente.

ac-4/1/16

## AVISO A LOS PADRES

### SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Si usted sospecha que su hijo/a puede tener una discapacidad física, cognitiva o discapacidad emocional, usted tiene derecho a referir a su hijo al Comité de Educación Especial del Distrito para una evaluación y, para una determinación en cuanto a si su hijo es elegible para recibir servicios y programas de educación especial. Más información acerca de sus derechos se establecen en el Departamento de Educación del Estado de Nueva York en la *"Guía para los Padres para la Educación Especial en el Estado de Nueva York para niños de 3 a 21 años de edad"*, disponible en Inglés en

<http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentsguide.pdf>

o en español en

<http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/spanishparentguide.htm>

Para referir a su hijo a la Comisión de Educación Especial, o para obtener más información sobre los servicios y programas de educación especial del Distrito, por favor póngase en contacto con:

Robert E. McCloskey  
Director de Educación Especial  
Kinderhook CSD  
2910 Rt. 9 Valatie, NY 12184  
[518-758-7576](tel:518-758-7576) x 6008  
[rmccloskey@ichabodcrane.org](mailto:rmccloskey@ichabodcrane.org)

adc 5/01/15, adc 4/1/16



Ichabod Crane Central School District  
 PO Box 820  
 Valatie, N.Y. 12184

CO - 36

**FORMULARIO DE INSCRIPCION**

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR LEGAL – FAVOR DE LLENAR TODOS LOS ESPACIOS QUE APLICAN. PARA INSTRUCCIONES SOBRE COMO LLENAR LA SIGUIENTE FORMA VEA EL ANEJO QUE SE ACOMPAÑA.

Nombre del Estudiante _____	Apellido	Nombre	Inicial
-----------------------------	----------	--------	---------

Fecha de Inscripción \_\_\_\_\_ Día Comienzo de Clases en Ichabod Crane \_\_\_\_\_  
Mes / día/ Año mes / día / año

Grado al que va a Ingresar:   Años en Escuelas en USA \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
Mes / día / año

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado/Provincia País

<i>Si nació fuera de Estados Unidos:</i>	
Fecha de entrada a U.S.A. _____ <small>Mes/día/año</small>	País del que proviene: _____ NA _____

Idioma Principal \_\_\_\_\_ Segundo Idioma (Si alguno): \_\_\_\_\_

Distrito Escolar del que proviene su hijo/hija (si aplica): \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

Dirección Postal (Calle/Oficina Postal) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

( ) Número Telefónico \_\_\_\_\_





Complete esta sección si aplica custodia física compartida.  
(Favor de proveer documentos de custodia legal)

NA

Código  
De Parentesco  
(Vea Abajo)

**INFORMACION FAMILIAR** (Si aplicara – segundo padre custodio)

Padre/Tutor (2) \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Cónyuge / Adulto \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

**CODIGO DE PARENTELA** (Clave)

Madre	MO	Padre	FA
Madre de Crianza	FM	Padre de Crianza	FF
Abuela	GM	Abuelo	GF
Tutor legal Femenino	FG	Tutor legal Masculino	MG
Madrastra	SM	Padrastro	SF
Padre/Madre Sustituto	SP	Otro Especifique	

Favor llenar **AMBOS, Dirección Residencial (Física) y Dirección Postal** si son diferentes.  
Documentos de custodia y tutoría legal deben ser entregados al momento de registrar/matricular al estudiante, si el padre no es quien lo está registrando.

**DIRECCION RESIDENCIAL (FISICA)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIRECCION POSTAL (si es diferente)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR**

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico #1\*: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico #2: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleo: \_\_\_\_\_

**CONYUGE/OTRO ADULTO**

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

\*NOTA: En caso de **custodia física compartida** (vea la página siguiente), el Distrito Escolar usará de cada página una sola dirección de correo electrónico (Email #1) para notificaciones o comunicación de emergencia.

Favor de enumerar todos los hermanos menores de 21 años de edad.

\*Favor de marcar en este cuadro si hay hermanos menores o en edad preescolar.

Favor de usar letra molde.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

**HERMANOS:**

Hermana(s) Nombre (s)

Fecha de Nacimiento

Grado Actual  
(Si aplica)

Nombre

FDN

Grado

Nombre

FDN

Grado

Nombre

FDN

Grado

Nombre

FDN

Grado

Hermano(s) Nombre(s)

Fecha de Nacimiento

Grado Actual  
(Si aplica)

Nombre

FDN

Grado

Nombre

FDN

Grado

Nombre

FDN

Grado

Nombre

**FOR OFFICE USE ONLY:**

\*If there are siblings preschool age or younger, please copy and forward this page to the Primary School office with a copy of parent information (pages 3 and 4)





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 ("HLO" 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:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
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
		<i>especifique</i>	<i>especifique</i>
	<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



### IDENTIFICACIÓN RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDIANTE.

*Todo estudiante entre 5 y 21 años tiene el derecho a una educación pública gratuita. Ningún niño puede ser rechazado por, raza color, credo religioso, origen nacional, sexo, ciudadanía, discapacidad o estatus migratorio*

#### PROPOSITO DE LA FORMA

El Distrito Escolar de Ichabod Crane ha adoptado un proceso que requiere adquirir y registrar la identidad étnica del estudiante de acuerdo a las categorías y definiciones de la ley federal. Esta información será utilizada para:

- Reportar información al Estado y al Departamento Federal de Educación
- Planificar programas educacionales y asegurar que estén listos y disponibles para todos los estudiantes
- Estudiar el movimiento de estudiantes de diferentes grupos étnicos según se matriculan en diferentes Distritos
- Analizar diferencias en aprovechamiento académico, asistencia y grados completados hasta graduación.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES PARA PADRES O TUTOR

Favor revisar las definiciones Racial/Étnica Haga una marca de cotejo (✓) en el encasillado para la categoría o categorías que mejor describen a su hijo/hija. La oficina Central de Ichabod Crane entiende la naturaleza sensitiva de esta información y quiere asegurarle que dicha información será guardada segura y confidencialmente de acuerdo a las leyes de privacidad y regulaciones federales. Si la información requerida no es entregada en esta solicitud, se designará a un empleado de la escuela para que identifique el grupo al que aparenta pertenecer el estudiante, o según sea reconocido en la comunidad a la cual pertenece. Gracias por su cooperación.

**FAVOR DE CONTESTER LAS PREGUNTAS (1) y (2) FAVOR DE LEER ANTES DE CONTESTAR.** [Para la pregunta (1) marque (✓) la caja que mejor describa a su hijo. Marque (✓) una sola caja

1. ¿Es el estudiante Hispano, Latino, o de origen Español? Hispano, Latino o de origen español significa una persona de Cuba, Méjico, Puerto Rico, de Centro o Sur América o de otra cultura Española independientemente de su raza.

- Hispano
- NO Hispano

2. Seleccione una o mas razas del siguiente grupo racial. [Para pregunta (2) marque (✓) todos los grupos que aplican a su hijo: marque (✓) al menos una caja]

- INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA:** Persona que tiene orígenes o raíces con / en cualquier persona original de Norte America y quien mantiene una identificación cultural a través de afiliación de tribu o por reconocimiento de la comunidad. Ejemplos: Cherokee, Mohawk, Inuit.
- ASIATICO:** Persona que tiene orígenes con persona original de el Lejano Oriente, Asia del Sureste, o el subcontinente de la India incluyendo por ejemplo Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.
- NATIVO DE HAWAI O DE OTRA ISLA DEL PACIFICO:** Persona que tiene orígenes en persona original de Hawaii, Guam, Samoa, u otra isla del pacífico
- NEGRO:** Persona que tiene orígenes con los grupos raciales de África
- BLANCO** Persona que tiene orígenes con alguna persona original de Europa, Norte de África o del Medio Oeste

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Guardian/Otro

Fecha\_\_\_\_\_

Parentesco con el estudiante (Circule uno)

Madre Padre Guardian Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

### Familias Actualmente o Previamente Ocupados En Trabajo de Agricultura

#### Preguntas para padre o tutor:

1. ¿Se ha mudado Usted en los últimos 3 años a diferentes distritos escolares \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No.
2. ¿En los últimos 3 años Usted o alguien viviendo con Usted ha trabajado o está actualmente trabajando en el sector agrícola, en una fábrica procesadora de alimentos o en ganadería/finca?

- Heno
- Industria lechera
- Cosechas
- Avícola
- Industria Pesquera
- Invernadero
- Frutos menores /vegetales

Favor Contestar: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si contesta Si a ambas preguntas (1 y 2) favor de completar lo que sigue abajo

Si contesta No a cualquiera de las preguntas **Deténgase. No tiene que completar la forma que sigue**

#### Nombre del Estudiante

Nombre

Inicial

Apellido

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Grado

Idioma del Hogar

\_\_\_\_M \_\_\_\_F

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M D Año

Nombre del Padre / Guardián / Persona responsable:

Hermanos:

Dirección Actual:

Teléfono

El Programa de Servicios Extendidos del Migrante fue autorizado por el Congreso para ayudar a estudiantes elegibles a mantener continuidad en su educación. El mismo está autorizado por el Título I, Parte C del ESEA. Este programa provee ayuda educacional tanto a estudiantes como a sus familias.

**Autorizo a que este documento sea entregado al Programa de Servicios Extendidos del Migrante.**

Imprima Nombre Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Usted será contactado por un representante del programa para completar la solicitud y determinar si es Usted elegible para recibir los servicios y además para explicar con mas detalle el programa.

**FOR OFFICE USE ONLY:** If the answer to both questions is "yes" mail the completed form to: Herkimer County BOCES Migrant Education Outreach Program, Mark R. Kline, Director, 322 Gros Blvd, Herkimer, NY 13350, Phone: (315) 867-2079 Fax: (315) 867-2087 E-mail: [mk\\_migrant@nyboes.org](mailto:mk_migrant@nyboes.org)

LUGAR DE INICIO PARA EL TRANSPORTE

(Favor de imprimir todos los campos)

NOMBRE DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Hombre / Mujer: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre / Tutor:  
\_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Wk #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Cónyuge / Otro Nombre de adultos: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Wk #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Escuela Secundaria \_\_\_\_\_ Escuela Intermedia

\_\_\_\_\_ Escuela Elemental \_\_\_\_\_ Escuela Primaria

RESIDENCIA DIRECCIÓN: (el camino, la calle, el Desarrollo, la avenida, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descripción del lugar: (Al lado del parque de bomberos, iglesia, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESCUELA CENTRAL de ICHABOD CRANE**  
**Los SERVICIOS DE SALUD**

**El Requisito Escolar de Inmunización para la vacuna meningococia 2016-17**

el 7 de marzo de, 2016

Estimado Padre / Tutor,

A partir del 1 de septiembre de, 2016, todos los estudiantes de 7º y 12º grado deben tener prueba de haber recibido la vacuna meningocócica (inyección) para asistir a la escuela.

- Los estudiantes que entran al grado 7 en 2016 deben tener 1 dosis de la vacuna contra el meningococo. Ellos tendrán que recibir un refuerzo a los 16 años.
- Los estudiantes que entran al grado 12 de 2016 deben tener uno de los dos:
  - o 2 dosis de la vacuna contra el meningococo con la dosis de refuerzo administrada en o después de los 16 años
  - o 1 dosis si la primera dosis de su hijo fue dada en o después de 16 años

A partir del próximo otoño, la ley del Estado de Nueva York requerirá a los padres / tutores a dar a la escuela un registro de una inmunización (vacunas) que muestra su hijo ha recibido, o tiene cita (s) para recibir la vacuna (s) requerida (vacunas) para asistir a la escuela. Este registro puede ser de un proveedor de atención médica, departamento de salud, o un registro oficial de inmunización de la escuela anterior del hijo. El registro debe incluir:

1. el Nombre de la vacuna
2. fecha de la vacuna
3. ¿Quién se la dio, junto con su título; o donde fue dada si en una clínica

Por favor, póngase en contacto con su proveedor de atención médica para asegurarse de que su hijo tenga lo que necesita para asistir a la escuela este otoño.

Si tiene preguntas o dudas sobre las vacunas, por favor, póngase en contacto conmigo.

Gracias por su cooperación,

Mary Frances Faso, RN  
Enfermera de la Escuela Secundaria  
mfaso@ichabodcrane.org

758-2806  
758-8269 (fax)

## *Enfermedad meningocócica*

### **¿Qué es la enfermedad meningocócica?**

La enfermedad meningocócica es causada por una bacteria llamada *Neisseria meningitidis*. Puede conducir a infecciones graves en la sangre. Cuando los revestimientos del cerebro y la médula espinal se inflaman, se denomina meningitis. La enfermedad ataca rápidamente y puede tener complicaciones graves, incluso la muerte.

Cualquier persona puede contraer la enfermedad meningocócica. Algunas personas están en mayor riesgo. Esta enfermedad es más frecuente en personas que son:

- Los adolescentes o adultos jóvenes
- Los bebés menores de un año de edad
- La vida en ambientes muy concurridos, como los dormitorios de la universidad o cuarteles militares
- Viajar a áreas fuera de los Estados Unidos, tales como el "cinturón de la meningitis" en África
- Vivir con un bazo dañado o sin bazo
- Ser tratado con Soliris® o, que tienen deficiencia de componente del complemento (un trastorno inmune hereditario)
- Expuesto durante un brote
- Trabajar con la bacteria meningocócica en un laboratorio

### **¿Cuales son los síntomas?**

Los síntomas aparecen de repente - por lo general de 3 a 4 días después de que una persona está infectada. Se puede tomar hasta 10 días para desarrollar los síntomas.

Los síntomas pueden incluir:

- Una fiebre alta de manera repentina
- Dolor de cabeza
- Rigidez en el cuello (meningitis)
- Náuseas y vómitos
- erupción cutánea rojo-púrpura
- Debilidad y sensación de estar muy enfermo
- Ojos sensibles a la luz

### **¿Cómo se transmite la enfermedad meningocócica?**

Se propaga de persona a persona a través de la tos o que entren en contacto cercano o prolongado con alguien que está enfermo o que porte la bacteria. Contacto incluye besar, compartir bebidas, o vivir juntos. Hasta uno de cada 10 personas son portadoras meningocócica de bacterias en la nariz o la garganta sin enfermarse.

### **¿Existe algún tratamiento?**

El diagnóstico precoz de la enfermedad meningocócica es muy importante. Si se detecta a tiempo, la enfermedad meningocócica puede ser tratada con antibióticos. Sin embargo, a veces la infección ha causado demasiado daño para los antibióticos para prevenir la muerte o graves a largo plazo problemas. La mayoría de las personas necesitan ser atendidos en un hospital debido a infecciones graves y potencialmente mortales.

## **¿Cuáles son las complicaciones?**

Diez a 15 por ciento de aquellos que se mueren de la enfermedad meningocócica. Entre los supervivientes, que hasta uno de cada cinco tiene discapacidades permanentes. Las complicaciones incluyen:

- Pérdida de la audición
- Daño cerebral
- Daño en el riñón
- amputaciones de las extremidades

## **¿Qué debo hacer si yo o alguien que amo está expuesto?**

Si usted está en contacto cercano con una persona con la enfermedad meningocócica, hable con su médico acerca de los riesgos para Udysu familia. Ellos pueden prescribir un antibiótico para prevenir la enfermedad.

## **¿Cuál es la mejor manera de prevenir la enfermedad meningocócica?**

La mejor manera de prevenir esta enfermedad es vacunarse. Las vacunas están disponibles para las personas de 6 semanas de edad y mayores.

Varias vacunas ofrecen protección contra los cinco principales cepas de bacterias que causan la enfermedad meningocócica:

- Todos los adolescentes deben recibir dos dosis de la vacuna contra las cepas A, C, W e Y. La primera dosis se administra a los 11 a 12 años de edad, y el segundo dosis (refuerzo) a los 16 años.
- Es muy importante que los adolescentes reciben la dosis de refuerzo a los 16 años con el fin de protegerlos a través de los años en los que corren el mayor riesgo de la enfermedad meningocócica.
- Hable con su proveedor de cuidados de la salud hoy en día si su hijo no ha recibido dos dosis de la vacuna contra el meningococo cepas A, C, W e Y.
- Los adolescentes y adultos jóvenes también pueden ser vacunados contra la cepa "B". Hable con su médico acerca de si recomienda vacuna contra la cepa "B".

Otros que deben recibir la vacuna incluyen:

- Los bebés, niños y adultos con ciertas condiciones médicas
- Las personas expuestas durante un brote
- Los viajeros con el "cinturón de la meningitis" de África subsahariana
- reclutas militares

Por favor, hable con su proveedor de atención médica si usted puede estar en mayor riesgo.

## **¿Cuáles son los requisitos de vacunas meningocócicas para la asistencia escolar?**

Al 1 de septiembre, 2016, deben ser vacunados los niños que entran en los grados 7 y 12 contra las cepas de la enfermedad meningocócica A, C, W e Y de acuerdo con las recomendaciones mencionadas anteriormente.

¿Hay un mayor riesgo de enfermedad meningocócica si viajo?

- La enfermedad meningocócica y los brotes se producen en los Estados Unidos y en todo el mundo. La enfermedad es más común en el "cinturón de la meningitis" del África subsahariana. El riesgo es mayor en las personas que visitan esos países y que tienen un contacto prolongado con las poblaciones locales durante una epidemia.



- Para reducir el riesgo de enfermedad, lávese las manos con frecuencia, mantenga hábitos saludables, como mucho descanso y trate de no entrar en contacto con las personas que están enfermas.

**Los viajes y la enfermedad meningocócica:**

[wwwnc.cdc.gov/travel/diseases/meningococcal-disease](http://wwwnc.cdc.gov/travel/diseases/meningococcal-disease)

**Más información sobre la enfermedad meningocócica:**

[www.cdc.gov/meningococcal/](http://www.cdc.gov/meningococcal/)

**Para obtener más información acerca de las enfermedades prevenibles por vacunación:**

[www.health.ny.gov/prevention/immunization/](http://www.health.ny.gov/prevention/immunization/)

**2168 Departamento de Salud del Estado de Nueva York 1/16**

**Oficina de**

Ichabod Crane Central School District  
 PO Box 820 Valatie, NY 12184  
**HISTORIAL DE SALUD**

CO - 46

Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
 Grado al que está asistiendo su hijo al momento de llenar esta forma \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo \_\_\_\_\_  
 Padre/Guardián: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_  
 Médico de Familia \_\_\_\_\_ Número Telefónico \_\_\_\_\_  
 Dirección del Médico \_\_\_\_\_

**SI SU HIJO/HIJA HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES (FAVOR DE INDICAR LAS FECHAS)**

<p>_____ Anemia</p> <p>_____ Defectos Congénitos</p> <p>_____ Varicela</p> <p>_____ Diabetes</p> <p>_____ Epilepsia (Convulsiones)</p> <p>_____ Rubéola</p> <p>_____ Sarampión</p> <p>_____ Paperas</p> <p>_____ Nefritis (Enfermedad de Riñones)</p>	<p>_____ Enfermedad Cardíaca</p> <p>_____ Polio</p> <p>_____ Tuberculosis</p> <p>_____ Neumonía</p> <p>_____ Fiebre Reumática</p> <p>_____ Fiebre Escarlatina</p> <p>_____ Tuberculosis</p> <p>_____ Tos ferina</p> <p>_____ Asma</p>	<p>_____ Oídos</p> <p>_____ Dolores de Cabeza (Migrañas)</p> <p>_____ Cirugías</p> <p>_____ Heridas Serias</p> <p>_____ Alergias (alimentos insectos, medicamentos) Mencione: _____</p> <p>_____ Usa Espejuelos _____ Todo el tiempo _____ Para leer solamente</p> <p>_____ Dispositivos/Prótesis: audición _____ Andador _____ brazalete de piernas _____ Silla de Ruedas Dental (trabajo de ortodoncia, retenedores) Mencione: _____ Otros: _____</p>
---	---	---

¿Existe algo concerniente a ojos, oídos o de salud que la enfermera de la escuela debe saber para poder proveer cuidado especial? Si  No  Favor Explique \_\_\_\_\_

¿Es necesario para el niño usar diariamente un medicamento Si  No  Si contesta Si Explique: \_\_\_\_\_

¿Existe alguna otra preocupación no mencionada, que debemos saber? Si  No  Si contesta Si. Explique: \_\_\_\_\_

Exámenes Físicos son mandatorios para los grados grades K, 2, 4, 7, 10 y para los nuevos alumnos. Si su hijo no ha tenido un examen físico recientemente con un doctor, el doctor de la escuela realizará el examen. (Favor de marcar uno):  
 Mi hijo se realizará el examen con su doctor privado.  
 Mi hijo tendrá el examen con el doctor de la escuela.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

nb 3/03/08 FOR OFFICE USE: This form must be copied and sent to the Building Nurse.

### AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE DOCUMENTOS.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ GRADO ACTUAL \_\_\_\_\_

DIRECCION ANTERIOR \_\_\_\_\_

NUEVA DIRECCION \_\_\_\_\_

Por la presente solicito que la Junta de Educación transfiera copia de los siguientes documentos concerniente al estudiante mencionado arriba.

- Expedientes Académicos (Incluyendo Evaluaciones del Estado)
- Record de Asistencia
- Record de Vacunas / Inmunización y Salud
- Evaluación Sicológica (CONDIDENCIAL.)
- Plan de Educación Individual (IEP) (CONFIDENCIAL)
- Copia de Solicitud de Almuerzos Gratuitos o reducidos o Certificación del Distrito Escolar
- Copia legal de designación de Guardián, Tutor legal (Si aplicara)
- Record de Conducta
- Otro \_\_\_\_\_

**Escuela De Donde El Estudiante Egresa / Viene:** \_\_\_\_\_

Dirección de la Escuela \_\_\_\_\_

Dirección Postal (Calle/Apartado Postal) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

**Escuela A La Que El Estudiante Esta Ingresando:** \_\_\_\_\_

Dirección de la Escuela \_\_\_\_\_

Dirección Postal (Calle/Apartado Postal) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE PADRE/TUTOR LEGAL. (Imprima)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL.

For  
Office  
Use  
Only

Request for records sent to former school

Date

Initials

Records received from school

Date

Initials

nh R- 7/30/09

**Ichabod Crane CSD  
Valatie, NY 12184**

**EMERGENCY INFORMATION 2016-2017**

STUDENT NAME: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

**IN EVENT OF ILLNESS OR INJURY - IF PARENT/GUARDIAN IS UNAVAILABLE,  
CONTACT:**

<b>Relation to Student</b>	<b>Print Full Name</b>	<b>Phone Number</b>	<b>Authorized to Pick Up Student (Please initial)</b>

**EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE - SI EL PADRE/TUTOR NO ESTA DISPONIBLE,  
CONTACTAR:**

<b><u>Relación a estudiante</u></b>	<b><u>Imprima el nombre completo</u></b>	<b><u>Télefono</u></b>	<b><u>Autorización para recoger Estudiante (Por favor inicial)</u></b>

\_\_\_\_\_  
Date  
fecha

\_\_\_\_\_  
Parent Signature  
Firma del Padre