

REGISTRO DE UN NUEVO/A PARTICIPANTE

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

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). Las horas de registro son de 8:00 am a 4:00 pm, de lunes a viernes. (Las horas de verano entran en vigencia desde el 25 de junio hasta el 31 de agosto de 2018 y son las siguientes: de 8:00 a.m. a 2:30 p.m., de lunes a viernes) SOLO CON CITA.

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

- Prueba de Residencia
- Registro de vacunas
- Certificación de nacimiento certificado, Prueba de Bautismo 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 matricula por la política de la Junta de Educación)
- Contrato de Alquiler/Arrendamiento Ejecutado
- Factura de Impuestos pagados
- Contrato de Hipoteca de Hogar/Escriture
- Declaración jurada (una declaración escrita, firmada bajo juramento) de la persona a qui en le paga el alquiler, diciendo que vive allí.

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 talón (de su trabajo) mostrando su dirección
- La forma de los impuestos sobre los ingresos que muestra su dirección
- La tarjeta del registro de votar
- El permiso de conducir (la licencia) o el permiso o la identificación de una persona que no conduce
- La identificación del estado o gobierno
- Los documentos de las agencias del gobierno
- Los papeles de curaduría o custodia

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 Peg Warner, Director de Educación Especial, al (518) 758 a 7576.

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 asignarán a su hijo/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, Suzanne Guntlow, Directora, APPR Ichabod Crane, Valatie, NY 12184 (518) 758-7676 Ext. 3009 y en la sección 504 al Oficial del Cumplimiento, Peg Warner, Director de Educación Especial, del Distrito Escolar Central de Ichabod Crane, Valatie, NY 12184 (518) 758-7676 Ext. 6008. Una copia de la “En cumplimiento de la Sección 1.4 (a)” está disponible en la Oficina del Superintendente.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Para ser completado por el padre / tutor, complete todos los campos donde corresponda para los procedimientos relacionados con la finalización de este formulario, consulte el Anexo adjunto.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: (Por favor imprima)

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Fecha de registro: _____
Mes / día / año

Fecha de inicio en Ichabod Crane: _____
Mes / día / año

Grado de Colocación: _____

Años en las Escuelas de los Estados Unidos: _____

Fecha de nacimiento: _____
Mes / día / año

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino

Lugar de nacimiento: _____
Ciudad

Estado / Provincia

País

Idioma principal: _____

Idioma secundario (si lo hay): _____

INFORMACIÓN ANTERIOR DEL DISTRITO:

El niño del distrito escolar está ingresando (si se matricula para Kindergarten incluye preescolar si corresponde):

Nombre de escuela

Dirección postal / (Calle / PO)

Ciudad

Estado

Código postal

(Código de área) Número de teléfono

INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES

Nota: En los casos en que se aplica la custodia física conjunta, complete la página siguiente con la información del segundo padre custodial.

Apellido del padre / tutor: _____ Nombre: _____

Relación hacía el hijo: _____

Dirección residencial (física):

Dirección postal (si no es lo mismo que residencia):

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono de trabajo: _____ Lugar de empleo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Indique: _____ recibe un correo _____ autorizado para recoger

Apellido del (la) esposo (a)/ otro adulto: _____ Nombre: _____

Relación hacía el hijo: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono de trabajo: _____ Lugar de empleo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Indique: _____ recibe un correo _____ autorizado para recoger

Se debe proporcionar toda la documentación legal para el archivo del estudiante.

Si los padres están divorciados o separados, ¿hay un documento de custodia aprobado por el tribunal? _____ Si _____ no

En caso afirmativo, se debe proporcionar una copia del documento de custodia legal.

¿Está el alumno al cuidado de un (os) tutor (es) además de su madre o padre? _____ Si _____ no

En caso afirmativo, se debe proporcionar una copia del documento de tutela legal

¿Hay alguna orden de restricción de protección presentada contra cualquier persona / personas? _____ Si _____ no

En caso afirmativo, se debe proporcionar una copia de la orden de restricción / orden de protección.

¿Está el estudiante en cuidado de crianza? _____ Si _____ no

En caso afirmativo, se debe proporcionar una copia de la orden de colocación (DSS-2999).

2do PADRE CUSTODIAL (si corresponde)

Nota: Complete esta página solo si se aplica Custodia física conjunta.

Apellido del padre / tutor: _____ Nombre: _____

Relación hacía el hijo: _____

Dirección residencial (física):

Dirección postal (si no es lo mismo que residencia):

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono de trabajo: _____ Lugar de empleo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Indique: _____ recibe un correo _____ autorizado para recoger

Apellido del (la) esposo (a)/ otro adulto: _____ Nombre: _____

Relación hacía el hijo: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono de trabajo: _____ Lugar de empleo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Indique: _____ recibe un correo _____ autorizado para recoger

En casos de custodia física conjunta, el Distrito usará solo el Correo electrónico n.º 1 de cada página para notificación /comunicación de emergencia.



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:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> 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 _____ <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	

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* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, por favor explique: _____	
¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave	
10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial) <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial)	
10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ <small>MO. DAY YR.</small>	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ <small>MO. DAY YR.</small>	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION: _____	

IDENTIFICACIÓN RACIAL 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 asegurarse 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 uno 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 América y quien mantiene una identificación cultural a través de afiliación de tribu o por reconocimiento de la comunidad. Ejemplos: Cherokee, Mohawk, Inuit.

Asiático: Persona que tiene orígenes con persona original de el Lejano Oriente, Asia del Sureste, o el subcontinente de la India incluyendo por ejemplo Cambo día, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

Nativo De Hawái o de Otra Isla Del Pacífico: Persona que tiene orígenes en persona original de Hawái, Guam, Samoa, u otra isla del pacifico.

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/Guardián/Otro

Fecha

Parentesco con el estudiante (Circule uno): Madre Padre Guardián 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 1, 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 más detalle el programa.

FOR OFFICE USE: If the answer to both questions is “yes,” mail the completed form to: Herkimer County BOCES Migrant Education Outreach Program, Mary K. Kline, Director, 352 Gros Blvd. Herkimer, NY 13350 Phone: (315) 867-2079 Fax: (315) 867-2087 Email: mkline@herkimer-boces.org

UBICACIÓN DEL HOGAR PARA EL TRANSPORTE

Nota: Si completa el cambio de dirección, indique la siguiente información:

Fecha efectiva: _____

En los casos de custodia legal conjunta, indique: Residencia principal: _____ Residencia secundaria: _____

(Imprima todos los campos)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ Masculino / Femenino: _____ Número de teléfono de la casa: _____

Nombre del padre / tutor: _____

Lugar de empleo: _____

Número de trabajo: _____ número de teléfono celular: _____

Esposo (a)/ Otro nombre de adulto: _____

Lugar de empleo: _____

Número de trabajo: _____ número de teléfono celular: _____

_____ ESCUELA SECUNDARIA

_____ ESCUELA INTERMEDIA

_____ ESCUELA ELEMENTAL

_____ ESCUELA PRIMARIA

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

DIRECCIÓN POSTAL: _____

DESCRIPCIÓN DE LA UBICACIÓN: (Al lado del parque de bomberos, iglesia, etc.)

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

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 Medico: _____

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

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

¿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 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: _____

Abril de 2018

Estimados padres / tutores:

Esta carta es para informarles acerca de las revisiones a los Reglamentos del Servicio de Salud Escolar del Estado de Nueva York a partir del 1 de julio, 2018.

Exámenes de salud y requisitos de detección

- Se requerirán exámenes de salud para los nuevos participantes y en los grados Pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11.
- Se requerirán pruebas de detección de la percepción del color, la distancia y la agudeza visual cercana para nuevos participantes dentro de los 6 meses de admisión a la escuela.
- Se requerirá agudeza visual a distancia y de visión cercana en los grados Pre K o K, 1, 3, 5, 7 y 11.
- Se requerirá un examen de audición utilizando pruebas de tonos puros para los nuevos participantes dentro de los 6 meses de admisión a la escuela y en los grados Pre K o K, 1, 3, 5, 7 y 11.
- Se requerirá un examen de escoliosis en los grados 5 y 7 para niñas y el grado 9 para niños.
- Los cambios para evaluar las calificaciones no entran en vigencia hasta el 1 de julio de 2008 y no se implementarán hasta el año escolar 2018-2019.

Vacunas

Los estudiantes que ingresan al 6 ° grado requerirán * 2 vacunas adicionales:

- * Tdap
- * Segunda dosis de varicela: registro médico firmado de un proveedor de atención médica que indica que el estudiante tuvo la enfermedad de varicela es una prueba aceptable de inmunidad.

Los estudiantes que ingresan al 6 ° grado y que tienen 11 años de edad o más deben recibir una vacuna que contenga toxoides tetánicos, difteria y tos ferina acelular (Tdap).

Los estudiantes que tienen 10 años de edad y que ingresan al 6 ° grado no deberán recibir la Tdap hasta que cumple 11 años. En ese momento, deben proporcionar la documentación de una dosis de refuerzo de Tdap o proporcionar prueba de una cita para la dosis de refuerzo dentro de los 14 días.

Estudiantes que ingresan a los grados 7 y 12

- Los estudiantes que ingresan al Grado 7 deben tener 1 dosis de la vacuna meningocócica. Se les requerirá obtener un refuerzo a los 16 años.
- Los estudiantes que ingresan al Grado 12 deben tener:
 - 2 dosis de la vacuna meningocócica con la dosis de refuerzo administrada en o después de los 16 años
 - 1 dosis si la primera dosis de su hijo se administró en o después de los 16 años

Por favor llame al (518) 758-7676 ext., 5041, si tiene alguna pregunta o inquietud. Gracias.

Sinceramente,

Jo-Ellen Estabrook-Pollack, enfermera titulada
Coordinador de enfermera escolar
ICC Elementary / Middle School Nurse
Teléfono: (518) 758-7676 ext. 5041
Fax: (518) 758-1405

Ichabod Crane Central School
PO Box 820
Valatie, Nueva York 12184-1037

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del estudiante: _____ Grado actual: _____

Dirección anterior: _____

Dirección nueva: _____

Por la presente solicito que la Junta de Educación transfiera copias de los siguientes registros

Con respecto al estudiante mencionado arriba:

- Registros académicos (incluidas las evaluaciones estatales)
- Registros de asistencia
- Registros de salud / vacunas y el examen físico más reciente
- Informe psicológico integral (CONFIDENCIAL)
- Programa de Educación Individual (IEP) o Plan 504 (CONFIDENCIAL)
- Copia de la solicitud de almuerzo gratis oa precio reducido o carta de certificación del distrito
- Copia de la determinación legal con respecto a la tutela / custodia (si corresponde)
- Registro de disciplina
- Otro _____

DE:

El niño escolar se está yendo: _____

Dirección de la Escuela: _____

Teléfono de la escuela: _____ Fax de la escuela: _____

Fecha Firma del padre / tutor

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

Envíe los registros por fax a:

Escuela Primaria (Grados K-3) Fax: (518) 758-2199 Escuela Primaria / Secundaria (Grados 4-8) Fax: (518) 758-1405

Escuela Secundaria (Grados 9-12) Fax: (518) 758-8269 SPED Fax: (518) 758-2230

Solicitud de registros enviados a la escuela anterior _____ Fecha _____ Iniciales _____

Registros recibidos de la escuela _____ Fecha _____ Iniciales _____

**Ichabod Crane CSD
Valatie, NY 12184**

EMERGENCY INFORMATION 2018-2019

STUDENT NAME: _____ **Grade:** _____

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

Relation to Student	Print Full Name	Phone Number	Authorized to Pick Up Student (Please initial)

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

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

Date
Fecha

Parent Signature
Firma del Padre