



[www.ryeneck.org](http://www.ryeneck.org)

APLICACIÓN  
*para la* MATRICULA

## PARA SER LLENADO POR PADRES/ TUTORES

*Los siguientes documentos son necesarios para que usted pueda registrar a su hijo/a:*

1. Uno (1) de los siguientes documentos del niño/a:

- Certificado de nacimiento
- Certificado de bautismo (con las fecha de nacimiento)
- Traducción certificada de un certificado de nacimiento
- Traducción certificada del certificado de bautismo
- Pasaporte (de cualquier país)
- Otra prueba de la edad del niño/a que sea aceptado por el distrito

**El distrito tiene que hacer una copia del documento original.**

2. **Tres (3) otras formas de documentación incluyendo:**

- Copia de un alquiler residencial o prueba que la familia es dueña de un apartamento o casa (por ejemplo: documento de hipoteca, escritura, o cuenta de impuesto).
- Otras declaraciones de un tercer partido confirmando que la familia vive en este distrito
- Declaración oficial de tutela del niño/a (si aplicable)

Usted también puedes proporcionar otros documentos para ayudar a inscribir a su niño/a en el distrito, incluyendo:

- Talon de pago
- Formulario de impuesto
- Factura de utilidad o otro tipo de factura
- Documentos de afiliación que muestran residencia en el distrito
- Documento de registro de voto
- Licencia oficial para manejar o aprender a manejar; o identificación oficial de quien no maneja
- Identificación emitida por el estado o gobierno
- Documentos emitidos por agências federales, estatales, o locales (por ejemplo: Oficina de servicios sociales o la oficina de reasentamiento de refugiados)

3. **Inquilinos:** Por favor completar el Laddlord's Affidavit (declaración jurada del propietario). Puedes obtener este formulario de la oficina de registro o del website del distrito.

4. Los siguientes documentos tienen que ser completados y firmados por un doctor en el estado de Nueva York: Evaluación de salud actual, formulario de TB, y pruebas de inmunizaciones. Cada certificado y evaluación tiene que ser firmada por un doctor, asistente médico, o enfermera practicante (que sean autorizados a practicar en Nueva York). La oficina del doctor debe de estar dentro de aproximadamente 50 millas de la frontera del estado.

Si te gustaria mas informacion del proceso de evaluación, por favor mire este guía en el website del estado: “Un guia sobre educacion especial para padres”- <http://www.p12.nysed.gov/specialed/parentpubs.htm>. Usted también puede contactar a Diane Santangelo, la administradora para educación especial en el Rye Neck School District. Su teléfono es el 914-777-4864.

Usted también puede obtener los documentos de registro en nuestro website: [www.ryeneck.org](http://www.ryeneck.org)

Los estudiantes no serán colocados en clases hasta que la documentación médica esté completa.

Gracias,  
Dolores Ayaso  
Oficina de Registro  
(914) 777-4882

**Rye Neck Union Free School District  
300 Hornidge Road  
Mamaroneck, NY 10543  
(914) 777-5200**

**Prueba de custodia del niño/a, incluyendo, pero no limitada a un jurado oficial indicando que:**

- Eres el padre con quien el niño/a legalmente vive

**O**

- Eres el padre del niño/a y tienes custodia permanente y total

**O**

- Si aplicable: Una orden judicial de custodia o documentos de tutela (esto no es un requerimiento)

**Eric Lutinski Ed. D.  
Superintendente de Escuelas**

# RYE NECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

## Daniel Warren Elementary School

1310 Harrison Avenue

Mamaroneck, NY 10543

Grados: K- 2

Contacto: Debbie Hutchinson-914-777-4202

[dhutchinson@ryeneck.org](mailto:dhutchinson@ryeneck.org)

## F. E. Bellows

200 Carroll Avenue

Mamaroneck, NY 10543

Grados: 3- 5

Contacto: April Laychak-914-777-4602

[alaychak@ryeneck.org](mailto:alaychak@ryeneck.org)

## Rye Neck Middle School

300 Hornidge Road

Mamaroneck, NY 10543

Grados: 6- 8

Contacto: 914-777-4732

Meegan Lawlor [mlawlor@ryeneck.org](mailto:mlawlor@ryeneck.org)

Coleen Sullivan [csullivan@ryeneck.org](mailto:csullivan@ryeneck.org)

## Rye Neck High School

300 Hornidge Road

Mamaroneck, NY 10543

Grados: 9- 12

Contacto: Guidance Office -914-777-4872

Maureen Williams [mwilliams@ryeneck.org](mailto:mwilliams@ryeneck.org)

Corinne Ryan [cryan@ryeneck.org](mailto:cryan@ryeneck.org)

**Para recibir ayuda en español, por favor contactar a Ana Luisa Crivorot (trabajadora social del distrito). Contacto: 914-777-4828; [acrivorot@ryeneck.org](mailto:acrivorot@ryeneck.org).**

## Solicitud de Información

### Liberación de Registros

PARA: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela actual

\_\_\_\_\_  
Dirección de la escuela

\_\_\_\_\_  
Pueblo/ Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Codigo Postal

RE: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a

\_\_\_\_\_  
Grado que el niño/a va a empezar

El estudiante mencionado arriba está inscrito en el Rye Neck Union Free School District. Por favor mande los siguientes documentos a la escuela nueva del niño/a:

- Transcripción
- Notas actuales
- Documentos médicos
- Notas de exámenes del estado de Nueva York
- Notas de exámenes
- Documentos de disciplina
- Cualquier información que nos va a ayudar a la colocación del estudiante

Nombre del padre/ tutor \_\_\_\_\_

Por favor escriba su nombre

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/ tutor

**FORMULARIO DE REGISTRO DE ESTUDIANTE- RYE NECK SCHOOL DISTRICT**

For Office Use Only (solo para el uso de la oficina):

Proof of: Legal Residence  Student Number \_\_\_\_\_

Birth Certificate  Family Number \_\_\_\_\_

Medical Records  Gender M  F

Academic Records  Entering Grade \_\_\_\_\_

Custody Papers  Date Entering \_\_\_\_\_

(If applicable)

Today's Date \_\_\_\_\_

**PARA SER LLENADO POR LOS PADRES/ TUTORES**

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

**Apellido del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Primer Nombre:** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hermanos/as: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_

Hermanos/as: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_

Estudiante vive con:  Ambos padres  Madre  Padre  
 Tutor legal  Padre/ Madre/ Padrasto/ Madrasta  
 Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE/ MADRE:**

**Madre: Apellido** \_\_\_\_\_ **Primer nombre** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

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

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Dirección Anterior \_\_\_\_\_

**Padre: Apellido** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

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

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Dirección Anterior \_\_\_\_\_

**Ultima escuela del estudiante** \_\_\_\_\_

Total de años en escuelas americanas \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

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

Programas/ necesidades especiales \_\_\_\_\_

**Historia de salud del estudiante**

¿Fue un bebe prematuro?    Sí  No       Peso de nacimiento \_\_\_ lbs. \_\_\_\_ oz

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o nacimiento?    Sí  No

¿Su niño/a tiene alguna de estas condiciones médicas?  Asthma       Allergias

Enfermedad crónica como diabetes, enfermedad del corazón, o distrofia muscular

Por favor proporcione detalles \_\_\_\_\_

¿Su niño/a ha tenido alguna enfermedad/ operación seria?      Sí  No

Por favor proporcione detalles \_\_\_\_\_

¿Su niño/a usa lentes o tiene problemas visuales?      Sí  No

¿Su niño/a ha tenido algún problema o evaluación de audición?      Sí  No

¿Su niño/a toma algún medicamento?      Sí  No

¿Su niño ha recibido algún servicio especial en el pre-escolar?      Sí  No

**Firma del padre/ madre/ tutor** \_\_\_\_\_

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_  
**Apellido** **Primer nombre**

**Contacto de Emergencia**

Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Contactos adicionales**

1. Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relacionamiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relacionamiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relacionamiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_





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
<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\**     *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:

### IDENTIDAD RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDIANTE

Todos los estudiantes de cinco a veinte y uno años tienen el derecho a una educación pública gratuita. Ningún niño puede ser negado a una educación por causa de su raza, color, credo, país de origen, sexo, discapacidad, o estatus migratorio.

Nombre de la escuela:

Número de identificación del estudiante en el distrito:

Fecha de nacimiento (mês/dia/año):

Nombre: Apellido, primer nombre, segundo nombre:

Grado:

#### DIRECCIONES PARA LOS PADRES/ TUTORES

POR FAVOR RESPONDA LAS PREGUNTAS (1) Y (2). POR FAVOR LEA LAS PREGUNTAS ANTES DE RESPONDER.

[Para la pregunta (1) seleccione (✓) la caja que mejor describe a su niño/niña.] Escoja (✓) a solo una respuesta.

- El/ la estudiante es hispano/a, latino/a, o de origen español/a?** Hispano/a, Latino/a, o de origen Español/a quiere decir una persona de origen o cultura Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, Centroamericana, Sudamericana, o de otra cultura o origen Española (sin importar la raza).  
 Sí, Hispano/a  
 No, no es Hispano/a
- Seleccione una o más de las siguientes opciones que apliquen a la persona** [Para la pregunta (2) seleccione (✓) al menos UNA respuesta. Seleccione (✓) todas las respuestas que apliquen]
  - INDIGENA AMERICANO O DE ALASKA:** Una persona con origen de algunos de los pueblos originarios de Norteamérica y que tiene identificación cultural a través de afiliación de tribu o con reconocimiento de la comunidad (por ejemplo: Cherokee, Mohawk, Inuit).
  - ASIÁTICA:** Una persona con origen de algunos de los pueblos originarios del sudeste de Asia o del subcontinente de India (por ejemplo: Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam).
  - INDIGENA DE HAWAI O OTRA ISLA DEL PACIFICO:** Una persona con origen de algunos de los pueblos originarios de Hawai, Guam, Samoa, o otra Isla del Pacífico.
  - NEGRA:** Una persona con origen en uno de los grupos de raza negra de África.
  - BLANCA:** Una persona con origen de algunos de los pueblos originarios de Europa, Norte de África, o del Oriente Medio

Firma del padre/ madre/ tutor

Fecha

## CUESTIONARIO DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

Este cuestionario tiene el propósito de abordar la ley McKinney-Vento (42 U.S.C.11435). Sus respuestas a este formulario nos ayuda a determinar si el estudiante cumple con la definición de estar sin hogar y puede estar elegible para recibir ciertos servicios.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Sexo: Femenino  Masculino

1. ¿Su dirección actual es arreglo de vivienda temporal?  Sí  No  
2. ¿Esta situación temporal fue causada por pérdida de hogar o dificultades financieras?  Sí  No

**Si usted contestó SÍ a las preguntas arriba, por favor complete el resto de este cuestionario.  
Si usted contestó NO, puedes parar aquí.**

---

¿Dónde vive el estudiante ahora? (Escoja una respuesta)

- ( ) Temporarily with relatives or in the home/ apartment of another family **due to loss of home**  
( ) Temporarily with an adult who is not the parent/ tutor **due to loss of home**  
( ) In a hotel or motel  
( ) In a shelter  
( ) In a location not designated for sleeping (for example: Car, trailer park, or camping site)  
( ) In a rented trailer or motorhome on private property  
( ) In a rented garage  
( ) Waiting for placement in a temporary family (foster care)

Nombre del padre/ madre/ tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Presentar un registro falso o falsificar registros es una ofensa de acuerdo con la ley (Sección 37.10, Código Penal). Hacer matrícula de un estudiante con documentos falsos resulta en estar responsable for los costos de matrícula o otro costos TEC Sec. 25.002(3)(d).

Firma del padre/ madre/ tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor mandar una copia para: Ana Luisa Crivorot (trabajadora social de K-12 y coordinadora de McKinney-Vento)

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program (free school meals) under the provisions of the McKinney-Vento Act.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
McKinney-Vento Liaison Signature



FAXED BY \_\_\_\_\_ DISTRICT \_\_\_\_\_

# PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA MIGRANTES DEL ESTADO DE NEW YORK

## OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, **sin importar su nacionalidad o estado legal**. Este programa **es gratuito** para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito, excursiones, programa de verano, actividades de involucramiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

*Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.*

**¿Usted o alguien en su familia ha trabajado en la agricultura?  
¿Se han mudado durante los últimos 3 años?**

- Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



*Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:*

Nombre del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Mejor tiempo para ser contactado \_\_\_\_\_ AM/PM

Dirección anterior: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Para someter este referido, por favor envíelo por fax a 845-257-2953, o por correo a Mid-Hudson Migrant Education Program- 353 VH Annex - 1 Hawk Drive New Paltz, NY 12561**



Si usted necesita alguna aclaración, por favor llame a la enfermera de su edificio.

<b>Daniel Warren</b>	Wendy Abbatantono, RN	Grados K, 1, 2	777-4210
<b>F.E. Bellows</b>	Kim Barth, RN	Grados 3, 4, 5	777-4610
<b>MS/ HS</b>	Ardijane Mahmud , RN	Grados 6-8, 9-12	777-4810

**\*Para ayuda en Espanol por favor llamar a la trabajadora social (Ana Luisa Crivorot- 914- 777-4828)**

**Exención Médica-** Se necesita un certificado (hecho por un doctor licenciado para practicar medicina en el estado de Nueva York) diciendo que una o más de las inmunizaciones requeridas pueden ser perjudiciales a la salud de su niño/a. Este certificado debe de especificar cuáles son las inmunizaciones que pueden ser perjudiciales y las contraindicaciones específicas.

El distrito escolar de Rye Neck acepta una tarjeta de transferencia de inmunización o un documento con la historia de salud de su niño/a (de su escuela anterior) demostrado que se han cumplido los requerimientos del estado de Nueva York

Nosotros confiamos que ustedes entiendan nuestra necesidad de estar seguros que todos nuestros estudiantes tengan las inmunizaciones necesarias y que ustedes van a cooperar con nosotros en nuestros esfuerzos de proteger a todos nuestros estudiantes.

**Si usted tiene alguna pregunta o le gustaría hablar con la enfermera acerca de alguna condición médica de su niño/a, por favor llame a la enfermera de su edificio.**

Muchas gracias,

Kim Barth, RN

Ardijane Mahmud , RN

Wendy Abbatantono, RN

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

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

**STUDENT INFORMATION**

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
Sex Assigned at Birth: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Gender Identity: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Nonbinary <input type="checkbox"/> X	
School:	Grade:	Exam Date:

**HEALTH HISTORY**

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

<input type="checkbox"/> Allergies	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Asthma	<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
<input type="checkbox"/> Seizures	Type: _____ Date of last seizure: _____ <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Diabetes	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/m<sup>2</sup>

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

**Hyperlipidemia:**  Yes  Not Done      **Hypertension:**  Yes  Not Done

**PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT**

<b>Height:</b>	<b>Weight:</b>	<b>BP:</b>	<b>Pulse:</b>	<b>Respirations:</b>
<b>Laboratory Testing</b>	<b>Positive</b>	<b>Negative</b>	<b>Date</b>	<b>Lead Level</b> Required for PreK & K
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 5$ $\mu\text{g/dL}$
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**System Review Within Normal Limits**

**Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below** (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)

<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/Neck	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code*
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached	*Required only for students with an IEP receiving Medicaid	

Name:		Affirmed Name (if applicable):			DOB:	
<b>SCREENINGS</b>						
Vision & Hearing Screenings Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11						
<b>Vision</b>	<b>With Correction</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Right</b>	<b>Left</b>	<b>Referral</b>	<b>Not Done</b>	
Distance Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<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						
<b>Hearing</b> 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.					<b>Not Done</b>	
Pure Tone Screening	<b>Right</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<b>Left</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<b>Referral</b> <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/>	
Notes						
Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		<b>Negative</b>	<b>Positive</b>	<b>Referral</b>	<b>Not Done</b>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>	
<b>FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK</b>						
<input type="checkbox"/> <b>*Family cardiac history reviewed</b> – required for Dominick Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act						
<input type="checkbox"/> <b>Student may participate in all activities without restrictions.</b>						
<b>If Restrictions Apply</b> – Complete the information below						
<input type="checkbox"/> <b>Student is restricted from participation in:</b>						
<input type="checkbox"/> <b>Contact Sports:</b> Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.						
<input type="checkbox"/> <b>Limited Contact Sports:</b> Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.						
<input type="checkbox"/> <b>Non-Contact Sports:</b> Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.						
<input type="checkbox"/> <b>Other Restrictions:</b>						
<b>Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required</b> for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level <b>OR</b> Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.						
<b>Tanner Stage:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V						
<input type="checkbox"/> <b>Other Accommodations*:</b> (e.g., brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.) Use additional space below to explain.						
*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.						
<b>MEDICATIONS</b>						
<input type="checkbox"/> Order Form for medication(s) needed at school attached						
<b>COMMUNICABLE DISEASE</b>				<b>IMMUNIZATIONS</b>		
<input type="checkbox"/> Confirmed free of communicable disease during exam				<input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS		
<b>HEALTHCARE PROVIDER</b>						
Healthcare Provider Signature:						
Provider Name: <i>(please print)</i>						
Provider Address:						
Phone:				Fax:		
<b>Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.</b>						



Name:

DOB:

**TUBERCULOSIS TESTING / SCREENING – EITHER A OR B MUST BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN**

**A. PPD (Mantoux):**

1. Date Placed: \_\_\_\_\_ Date Read: \_\_\_\_\_ Result in mm: \_\_\_\_\_  
2. If PPD is Positive: CXR: \_\_\_\_\_ Date of Exam: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Result: \_\_\_\_\_

Treatment: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B. Tuberculin screening not indicated \_\_\_\_\_ (MD must initial)**

Provider's Signature: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Provider's Name/Address: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE NUEVE ESTUDIANTE

Nombre:	Nombre de los padres:
Grado:	Telefono:
Consejero:	Contacto en la escuela anterior:
Fecha:	Telefono:
<b>SALUD EN LA INFANCIA Y SALUD ACTUAL</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Algún atraso en el desarrollo del niño/a (por ejemplo: caminando, hablando, o usando la bicicleta)?</li>   <li>• ¿Alguna condición de salud crónica o grave?</li>   <li>• ¿Alguna dificultad emocional o de comportamiento (por ejemplo: ansiedad o ausencia crónica en la escuela)?</li> </ul>	
<b>ACHIEVEMENTS AND ACCOMPLISHMENTS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Actividades extra curriculares?</li>   <li>• ¿Hace amigos fácilmente?</li>   <li>• ¿Algo más que debemos saber (por ejemplo: otros intereses o clubs que participan en la escuela)?</li> </ul>	
<b>ACADEMIC STRENGTHS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes estandarizados</li>   <li>• Boletín</li>   <li>• Premios</li>   <li>• Comentario de padres</li> </ul>	
<b>ACADEMIC AREAS FOR DEVELOPMENT</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• What type of school setting is your child coming from (urban, suburban, ex-elementary school w/one teacher or departmentalized middle school)?</li>   <li>• Did your child ever receive any type of additional help (special education, AIS, private tutoring, remedial support)?</li>   <li>• ¿Con cuál clase el estudiante tiene más dificultad?</li> </ul>	
<b>CASA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Si el estudiante no vive con ambos padres, existe un acuerdo de custodia?</li>   <li>• ¿Existe alguna orden de protección o petición de PINS?</li>   <li>• ¿Su familia recibe servicios de alguna agencia?</li> </ul>	
<b>COMENTARIOS DE LOS PADRES/ ESTUDIANTE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li>   <li>•</li>   <li>•</li> </ul>	

**Check off as completed:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> MEETING WITH PRINCIPAL   | <input type="checkbox"/> TUTORIALS YES/NO WHY?             | <input type="checkbox"/> TOUR                    |
| <input type="checkbox"/> RECORD REVIEW  | <input type="checkbox"/> PARENT/STUDENT INTERVIEW          | <input type="checkbox"/> CONTACT PREVIOUS SCHOOL |
| <input type="checkbox"/> ID   | <input type="checkbox"/> LOCKER/HANDBOOK/MAP/BELL SCHEDULE | <input type="checkbox"/> COMPUTER                |
| <input type="checkbox"/> CREATE SCHEDULE  | <input type="checkbox"/> SCHOOL CALENDAR                   | <input type="checkbox"/> EMAIL TEACHERS          |
| SCREENING, IF NECESSARY: <input type="checkbox"/> MATH <input type="checkbox"/> READING |  |  |

PERMISSION FORM