

Island Park Union Free School District

99 RADCLIFFE ROAD
ISLAND PARK, NEW YORK 11558



PHONE (516) 434-2600
FAX (516) 431-7550

VINCENT RANDAZZO
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

Registro de Pre-Kinder

Querido Padre:

Para registrar su hijo(a) en el Distrito Escolar de Island Park, las cosas siguientes son necesarias:

A. PRUEBA DE EDAD:

Certificado de nacimiento certificado o registro de bautismo (incluyendo una transcripción certificada de una acta de nacimiento extranjera o registro de bautismo) que indique la fecha de nacimiento. Cuando el certificado de nacimiento o registro de bautismo no está disponible se puede usar un pasaporte (incluyendo un pasaporte extranjero). Si ninguno de estos documentos están disponibles, otras pruebas documentales de la existencia de dos (2) años o más puede ser utilizado para determinar la edad del niño (los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, identificación del estado u otra formulado por el gobierno, identificación con foto de la escuela que tenga fecha de nacimiento, documentos formulados por agencias federales estatales o locales, etc.)

B. PRUEBA DE RESIDENCIA:

Todos los padres o tutores que vayan a inscribir estudiantes deben ser residentes del Distrito Escolar de Island Park. Los padres o tutores deben presentar tres piezas diferentes de la documentación y / o información como prueba de la presencia física del padre o guardián en el Distrito Escolar de Island Park. Dicha documentación puede incluir: (a) copia de un contrato de alquiler residencial o prueba de la propiedad de una casa o condominio, tales como una declaración de escritura o hipoteca; y / o (b) otras formas de documentación y / o información que establece la presencia física en el Distrito Escolar de Island Park, que pueden incluir, pero no limitado a, talonario de trabajo, formularios de impuestos, facturas de servicios públicas u otras facturas, documentos de afiliación basados en la residencia, documentos de registro de votos, licencia oficial de conducir, permiso de aprendizaje de conducir o identificación de no-conducir, identificación del estado u otra identificación emitida por el gobierno, documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, la agencia local de servicios sociales, la Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados).

Cada Prueba Debe Mostrar Tu Dirección Corriente En Island Park

C. LOS ARCHIVOS DE VACUNACIÓN

VACUNAS – Requeridas bajo el Departamento de Salud del Estado de NY
(<https://www.health.ny.gov/publications/2405.pdf>)

VACUNAS	PRE-K	GRADOS K - 5	GRADOS 6 - 10
DPT/DTaP	4 dosis	5 dosis*	3 dosis*
TDAP	No corresponde	No corresponde	1 dosis*
POLIO	3 dosis	4 dosis*	4 dosis*
MMR	1 dosis	2 dosis	2 dosis
HEP B	3 dosis	3 dosis	3 dosis*
VARICELA	1 dosis	2 dosis	2 dosis
HIB	1-4 dosis*	No corresponde	No corresponde
PCV13	1-4 dosis	No corresponde	No corresponde
NEUMOCOCO	No corresponde	No corresponde	1 dosis*

TODAS LAS FECHAS DE VACUNAS SON OBLIGATORIAS Y DEBEN TENER LA FIRMA DE UN DOCTOR.

Ningún niño puede ser admitido o permitido/a poder asistir a la escuela por más de 14 días sin un certificado de vacunas apropiado u otra prueba aceptable de la inmunización. El director de la escuela podrá demorar este período de 30 días basado caso por caso cuando un estudiante se ha transferido de otro estado o país y puede mostrar un esfuerzo de Buena fe para obtener el certificado necesario u otra evidencia de inmunización. Si tiene alguna pregunta con respecto a las vacunas, llame a la enfermera de la escuela al Hegarty (434-2673) o en Lincoln Orens (434-2635).

D. LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS/FORMULARIOS REQUERIDOS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prueba de edad | <input type="checkbox"/> Perfil de Idioma de Estudiantes Multilingües Emergentes |
| <input type="checkbox"/> Prueba de residencia | <input type="checkbox"/> Consentimiento de Medicaid |
| <input type="checkbox"/> Historia del Alumno/a | <input type="checkbox"/> Inscrito Nuevo Historia de la Educación Especial |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Vacunas | <input type="checkbox"/> Formulario del Distrito Escolar Para la Liberacion de Noticias (foto o trabajo del niño/a) |
| <input type="checkbox"/> Formulario Examen de Salud | <input type="checkbox"/> Formulario Para la Liberacion de Otras Medios de Comunicaon y Funcionarios Elegidos (foto o trabajo del niño/a) |
| <input type="checkbox"/> Cuestionario de Salud Admisión a la Escuela | <input type="checkbox"/> Aplicación de Estudiante para la usa de Computadora, la Red, & Correo Electrónico |
| <input type="checkbox"/> Registro del Exámenes del Dentista | <input type="checkbox"/> Formulario del Programa Preescolar Universal |
| <input type="checkbox"/> Cuestionario de Residencia | <input type="checkbox"/> Censo Escolar |

La escuela se comunicará con usted por teléfono y / o correo electrónico si falta alguna información o se requiere una aclaración adicional.

COLOCACIÓN de GRADO

Finalment, tenga en cuenta que la asignación de grado puede ser dependiente de un repaso de registros de su hijo/a y/o una evaluación educativa de su hijo/a.

DISTRITO ESCOLAR DE ISLAND PARK SIN UNION

99 Radcliffe Road

Island Park, New York 11558

HISTORIA DEL ALUMNO

Este formulario debe ser completado por un padre o tutor.

Toda la información sobre su hijo/a será confidencial.

Nombre de Estudiante _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Otro nombre)

FDN (MM/DD/AAAA) _____ Teléfono de Casa (____) _____ Género ___M ___F

<i>Sólo Para Usa de Oficina</i>		
<i>Student #</i> _____	<i>Current Grade</i> _____	<i>Grade in September</i> _____

Dirección de Estudiante _____

Ciudad, Estado Código Postal: _____

Entró el Distrito el: _____ Dirección Anterior: _____

Raza y Etnia Federal (Conteste Ambas Preguntas)

1) Marque uno o más de las siguientes cinco grupos raciales - Marque todas las que aplican a los estudiantes - marque en POR LO MENOS uno:		
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o otro Isla Pacífica	<input type="checkbox"/> Negro o Americano Africano	
2) Es el estudiante Hispano, Latino o de origen Español? Sí (Hispano) <input type="checkbox"/> No (No Hispano) <input type="checkbox"/>		

POR FAVOR INDIQUE TODAS LAS ESCUELAS QUE EL ESTUDIANTE PREVIAMENTE ASISTIÓ

Nombre	Dirección	Fechas Asistido
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Existe alguna restricción de custodia / paternidad u órdenes de protección en el archivo? ___ Sí ___ No

Si es así, ¿ha entregado documentación y copias al registrador? ___ Sí ___ No

Si respondió, agregue cualquier comentario que crea que será útil para nosotros: _____

PADRE/TUTOR INFORMACIÓN

Padres: Casado _____ Seperado _____ Divorciado _____ Viudo _____ Otro _____

Nombre de la Madre: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa () _____ - _____ Teléfono del Trabajo () _____ - _____

Teléfono Celular () _____ - _____

Correo Electrónico _____ Lugar del Trabajo : _____

¿Vive el estudiante con esta madre/tutor? _____ **Sí** _____ **No**

¿Recibe esta madre/tutor correo? _____ **Sí** _____ **No**

Nombre del Padre: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa () _____ - _____ Teléfono del Trabajo () _____ - _____

Teléfono Celular () _____ - _____

Correo Electrónico _____ Lugar del Trabajo : _____

¿Vive el estudiante con este padre/tutor? _____ **Sí** _____ **No**

¿Recibe este padre/tutor correo? _____ **Sí** _____ **No**

Nombre del Tutor (Si diferente de arriba): _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa () _____ - _____ Teléfono del Trabajo () _____ - _____

Teléfono Celular () _____ - _____

Correo Electrónico _____ Lugar del Trabajo : _____

¿Vive el estudiante con este tutor? _____ **Sí** _____ **No**

¿Tiene este tutor los derechos de custodia? _____ **Sí** _____ **No**

Si seperados o divorciados, ¿son requeridos los correos duplicado? _____ **Sí** _____ **No**

Por favor escriba nombre y dirección para correos duplicados si son requeridos: _____

POR FAVOR ESCRIBE TODOS LOS OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN LA CASA CON MENOS DE 18 AÑOS

Nombre	Fecha de Nacimiento	Problemas Físicas	La Escuela que Asiste
---------------	----------------------------	--------------------------	------------------------------

POR FAVOR ESCRIBE OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA APARTE DE PADRES O TUTORES, HERMANOS O HERMANAS

Nombre

Relación al Estudiante

¿HAY OTRA INFORMACIÓN QUE SERÍA IMPORTANTE PARA SABER PARA AYUDAR A SU NIÑO/A?

CONTACTO EMERGENCIA INFORMACIÓN

En el caso de padres or tutores no pueden ser alcanzados, las personas en la página siguiente (lista solo para adultos que no sean los padres, que tienen 21 años o más) tienen autorización para recoger a su hijo/a. Los números siguientes deben ser "accesibles" durante las horas de escuela normal. Además, las personas enumeradas deben aceptar asumir la responsabilidad de su hijo/a.

Contacto de Emergencia 1

Nombre _____ Apellido _____

Relación al estudiante: _____

Teléfono de Casa () _____ - _____ Teléfono del Trabajo () _____ - _____

Teléfono Celular () _____ - _____

Contacto de Emergencia 2

Nombre _____ Apellido _____

Relación al estudiante: _____

Teléfono de Casa () _____ - _____ Teléfono del Trabajo () _____ - _____

Teléfono Celular () _____ - _____

Contacto de Emergencia 3

Nombre _____ Apellido _____

Relación al estudiante: _____

Teléfono de Casa () _____ - _____ Teléfono del Trabajo () _____ - _____

Teléfono Celular () _____ - _____

Contacto de Emergencia 4

Nombre _____ Apellido _____

Relación al estudiante: _____

Teléfono de Casa () _____ - _____ Teléfono del Trabajo () _____ - _____

Teléfono Celular () _____ - _____

Año escolar 2022-2023

Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela¹

NOTAS:

Los niños que están en prekindergarten deben tener las vacunas correspondientes a su edad. La cantidad de dosis depende del programa recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunas deben corresponder al programa de vacunación recomendado por el ACIP para personas de 0 a 18 años. Las dosis aplicadas antes de la edad mínima o de los intervalos mínimos no son válidas y no se tienen en cuenta al calcular la cantidad de dosis que se mencionan abajo. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir los requisitos de vacunación de los grados para los que son equivalentes en edad.

Se DEBEN leer los requisitos de dosis con las notas al pie de página de este programa

Vacunas	Prekindergarten (guardería infantil, programa Head Start, guardería o pre-K)	Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º, 4.º y 5.º grado	6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado	12.º grado
Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td) ²	4 dosis	5 dosis o 4 dosis si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o 3 dosis si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año	3 dosis	
Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes ³	No corresponde		1 dosis	
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV) ⁴	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR) ⁵	1 dosis	2 dosis		
Vacuna contra la hepatitis B ⁶	3 dosis	3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad		
Vacuna contra la varicela ⁷	1 dosis	2 dosis		
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY) ⁸	No corresponde		7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado: 1 dosis	2 dosis o 1 dosis si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib) ⁹	1 a 4 dosis	No corresponde		
Vacuna neumocócica conjugada (PCV) ¹⁰	1 a 4 dosis	No corresponde		

1. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra el sarampión, las paperas o la rubéola o una confirmación de laboratorio de dichas enfermedades son pruebas aceptables de la inmunidad ante estas. Las pruebas serológicas para la poliomielitis son una prueba aceptable de la inmunidad solo si la prueba se hizo antes del 1 de septiembre de 2019 y los tres serotipos dieron positivo. Un análisis de sangre con resultado positivo para el anticuerpo de superficie contra la hepatitis B es una prueba aceptable de la inmunidad ante la hepatitis B. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra la varicela, una confirmación de laboratorio de varicela o el diagnóstico de un médico, un asistente médico o un enfermero de práctica avanzada de que un niño tuvo varicela son pruebas aceptables de la inmunidad ante la varicela.
2. Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y tos ferina acelular (DTaP). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de 5 dosis de la vacuna DTaP a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 15 y 18 meses de edad, y a los 4 años de edad o más. La cuarta dosis puede aplicarse a partir de los 12 meses de edad, siempre que hayan transcurrido por lo menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario que se repita la cuarta dosis de DTaP si se aplicó al menos 4 meses después de la tercera dosis de DTaP. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
 - b. Si la cuarta dosis de DTaP se aplicó a los 4 años de edad o más, y al menos 6 meses después de la tercera dosis, no se requiere la quinta dosis (de refuerzo) de la vacuna DTaP.
 - c. Para los niños nacidos antes del 1/1/2005, solo se requiere inmunidad a la difteria y las dosis de DT y Td pueden cumplir este requisito.
 - d. Los niños mayores de 7 años que no estén completamente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños deben recibir la vacuna Tdap como primera dosis de la serie de actualización; si se necesitan dosis adicionales, use la vacuna Td o Tdap. Si les aplicaron la primera dosis antes de su primer año de edad, deben aplicarse 4 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años de edad o más. Si les aplicaron la primera dosis a partir de su primer año de edad, deben aplicarse 3 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años o más.
3. Refuerzo de la vacuna con toxoides tetánico y diftérico y de la vacuna contra la tos ferina acelular (Tdap) para adolescentes. (Edad mínima para 6.º, 7.º y 8.º grado: 10 años; edad mínima para 9.º a 12.º grado: 7 años)
 - a. Los estudiantes mayores de 11 años que ingresan a los grados de 6.º a 12.º deben recibir una dosis de Tdap.
 - b. Además del requisito para 6.º a 12.º grado, la vacuna Tdap también se puede aplicar como parte de la serie de vacunas de actualización para estudiantes mayores de 7 años que no estén totalmente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños, como se describió arriba. En el año escolar 2022-2023, solo las dosis de Tdap aplicadas a los 10 años o más cumplirán el requisito de Tdap para los estudiantes en los grados 6.º, 7.º y 8.º; sin embargo, las dosis de Tdap aplicadas a los 7 años o más cumplirán el requisito para los estudiantes en los grados 9.º a 12.º.
 - c. Los estudiantes que tienen 10 años de edad en 6.º grado y que aún no recibieron la vacuna Tdap cumplen los requisitos hasta que tengan 11 años.
4. Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) o vacuna antipoliomielítica oral (OPV). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de IPV a los 2 meses, 4 meses y entre los 6 y 18 meses de edad, y a los 4 años de edad o más. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
 - b. Para los estudiantes que recibieron la cuarta dosis antes de su cuarto año de edad y antes del 7 de agosto de 2010, es suficiente aplicar 4 dosis con al menos 4 semanas de diferencia.
 - c. Si la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica se aplicó a los 4 años de edad o más y por lo menos 6 meses después de la dosis anterior, no se requerirá la cuarta dosis.
 - d. Para los niños con antecedentes de OPV, solo la OPV trivalente (tOPV) se tiene en cuenta para los requisitos de la vacuna antipoliomielítica en las escuelas del Estado de Nueva York. Las dosis de OPV aplicadas antes del 1 de abril de 2016 deben incluirse a menos que se indiquen específicamente como monovalentes, bivalentes o como aplicadas durante una campaña de vacunación contra el virus de la poliomielitis. Las dosis de OPV aplicadas a partir del 1 de abril de 2016 no deben incluirse.
5. Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR). (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna MMR debe haberse aplicado a partir del primer año de edad. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
 - b. Sarampión: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
 - c. Paperas: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
 - d. Rubéola: Se necesita por lo menos una dosis para todos los grados (prekindergarten hasta 12.º grado).
6. Vacuna contra la hepatitis B
 - a. La primera dosis puede aplicarse al nacer o en cualquier momento después. La segunda dosis debe aplicarse al menos 4 semanas (28 días) después de la primera dosis. La tercera dosis debe aplicarse al menos 8 semanas después de la segunda dosis Y al menos 16 semanas después de la primera dosis, PERO no antes de las 24 semanas (cuando se apliquen 4 dosis, reemplazar "cuarta dosis" por "tercera dosis" en estos cálculos).
 - b. Dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) aplicadas con al menos 4 semanas de diferencia entre los 11 y 15 años cumplirán el requisito.
7. Vacuna contra la varicela. (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela debe haberse aplicado a partir del primer año. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
 - b. Para los niños menores de 13 años, el intervalo mínimo recomendado entre dosis es de 3 meses (si la segunda dosis se aplicó por lo menos 4 semanas después de la primera dosis, se puede aceptar como válida); para los mayores de 13 años, el intervalo mínimo es de 4 semanas.
8. Vacuna antimeningocócica conjugada ACWY (MenACWY). (Edad mínima para 7.º, 8.º y 9.º grado: 10 años; edad mínima para 10.º a 12.º grado: 6 semanas)
 - a. Se requiere una dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada (Menactra, Menveo o MenQuadfi) para los estudiantes que ingresan a los grados 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º.
 - b. Para los estudiantes del 12.º grado, si la primera dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada se aplicó a los 16 años o más, no se requiere la segunda dosis (de refuerzo).
 - c. La segunda dosis debe haberse aplicado a los 16 años o más. El intervalo mínimo entre dosis es de 8 semanas.
9. Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna Hib a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
 - b. Si se aplicaron 2 dosis de vacuna antes de los 12 meses de edad, solo se requieren 3 dosis si la tercera dosis se aplica entre los 12 y 15 meses de edad y al menos 8 semanas después de la segunda dosis.
 - c. Si la primera dosis se recibió entre los 12 y 14 meses de edad, solo se requieren 2 dosis si la segunda dosis se aplicó al menos 8 semanas después de la primera dosis.
 - d. Si se aplicó la primera dosis a los 15 meses de edad o más, solo se requiere 1 dosis.
 - e. No se requiere la vacuna Hib para niños mayores de 5 años.
10. Vacuna neumocócica conjugada (PCV). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna PCV a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
 - b. Los niños no vacunados de 7 a 11 meses de edad deben recibir 2 dosis, con al menos 4 semanas de diferencia, seguidas de una tercera dosis entre los 12 y los 15 meses de edad.
 - c. Los niños no vacunados de 12 a 23 meses de edad deben recibir 2 dosis de la vacuna con al menos 8 semanas de diferencia.
 - d. Si se recibió una dosis de la vacuna a los 24 meses de edad o más, no se requieren dosis adicionales.
 - e. La PCV no es obligatoria para los niños mayores de 5 años.
 - f. Para tener más información, consulte la tabla de PCV que está en el Folleto de instrucciones para encuestas escolares, en: www.health.ny.gov/prevention/immunization/schools

Para obtener más información, comuníquese con:

**New York State Department of Health
Bureau of Immunization
Room 649, Corning Tower ESP
Albany, NY 12237
(518) 473-4437**

**New York City Department of Health and Mental Hygiene
Program Support Unit, Bureau of Immunization,
42-09 28th Street, 5th floor
Long Island City, NY 11101
(347) 396-2433**

New York State Department of Health/Bureau of Immunization
health.ny.gov/immunization

Es requerido por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York que cada estudiante obtenga un examen físico al entrar al distrito escolar y rutinariamente en los grados K, 2, 4, 7 y 10. También se le requiere un examen medico para actividades atléticas y/o permiso para trabajar y trienalmente para la Comisión de educación especial (CSE).

NEW YORK STATE LAW REQUIRES A CERTIFICATE OF IMMUNIZATION BEFORE ADMITTANCE TO SCHOOL

Demonstrated Serologic evidence of measles, mumps, rubella, hepatitis B or varicella (chickenpox) antibodies is acceptable proof of immunity. Diagnosis by a licensed health care provider (MD, NP, PA) of a child/student having had measles, mumps, varicella (chickenpox) is acceptable proof of immunity.

- Diphtheria Toxoid – Containing Vaccine 1)___/___/___ 2)___/___/___ 3)___/___/___ 4)___/___/___ 5)___/___/___
- Tetanus Toxoid Containing Vaccine and Pertussis 1)___/___/___ 2)___/___/___ 3)___/___/___ 4)___/___/___ 5)___/___/___
(DTaP, Dt student born on or after 01/01/2005)
- Tetanus, Diphtheria, & Pertussis Booster Tdap 1)___/___/___
(Born on or after 01/01/94 and entering Grade 6)
- Polio (IPV or OPV) 1)___/___/___ 2)___/___/___ 3)___/___/___ 4)___/___/___ 5)___/___/___
- Measles, Mumps & Rubella (MMR) 1)___/___/___ 2)___/___/___
- Measles 1)___/___/___ 2)___/___/___
- Mumps 1)___/___/___ 2)___/___/___
- Rubella 1)___/___/___
- Hepatitis B Pediatric 1)___/___/___ 2)___/___/___ 3)___/___/___ 4)___/___/___
- Hepatitis B Adult 1)___/___/___ 2)___/___/___
- Varicella (vaccine) 1)___/___/___ 2)___/___/___
- Varicella (disease history) 1)___/___/___
- Meningococcal conjugate (MenACWY) 1)___/___/___

ADDITION INNOCULATIONS AND TESTS

<u>Mantoux Test</u>	<u>Tine Test</u>	<u>Chest X-Ray</u>	<u>Lead Screening</u>	<u>Hepatitis A</u>	<u>Cholesterol</u>	<u>Other (Indicate)</u>
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	_____
Result	Result	Result	Result	___/___/___	Result	___/___/_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

PLEASE CHECK ONE:

- _____ **This is to certify the aforementioned student has completed all immunizations.**
- _____ **This is to certify the aforementioned student will have completed all immunizations by _____.**

Health Care Practitioner's Signature

Address

Phone Number

Date

Physician Health Care Provider Stamp

This exam complies with NYSED requirements above and is valid for twelve months, with the exception of any illness or injury lasting more than five days that will require a review by private healthcare provider and the school medical director.

Francis X. Hegarty Elementary School

100 RADCLIFFE ROAD
ISLAND PARK, NEW YORK 11558



PHONE (516) 434-2670
FAX (516) 431-2372

MR. ADAM FRANKEL
INTERIM PRINCIPAL

VINCENT RANDAZZO
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

Requisitos de Inmunización para Estudiantes en Pre Kindergarten

La Sección 2164 del Estado de Nueva York exige ciertas inmunizaciones (vacunas) para ingresar al kindergarten y asistir a la escuela. Consulte con su proveedor de atención médica lo antes posible para asegurarse de que su hijo tenga todas las inmunizaciones necesarias. Se enumeran a continuación.

Inmunizaciones requeridas para Pre Kindergarten

Inmunización	Cantidad de dosis
Polio	3
Hepatitis B	3
Difteria / tétano / tos ferina	4
Paperas sarampión Rubéola	1
Varicela (varicela)	1
Hemophilus Influenzae	1-4
Conjugado neumocócico	1-4

Por favor envíe un comprobante de vacunación a la enfermera de la escuela a la que asistirá su hijo .

La prueba de inmunización debe ser **cualquiera de los 3** elementos enumerados a continuación:

- Un certificado de inmunización firmado por su proveedor de atención médica
- Informe del Registro de Inmunización (NYSIS o CIR de NYC) de su proveedor de atención médica o del departamento de salud de su condado
- Un informe de laboratorio de prueba de sangre (título) que demuestre que su hijo es inmune a la enfermedad
 - Para la varicela (varicela), una nota de su proveedor de atención médica (MD, NP, PA) que dice que su hijo tuvo la enfermedad también es aceptable.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre las vacunas, comuníquese con el personal de salud de la escuela.

Francis X. Hegarty Health Office
Ms. Emily Paolantonio, Nurse
(516)434-2673
epaolantonio@islandparkschools.org

Sinceramente,
Adam Frankel
Interim Principal

FORMULARIO DE EXAMEN DE SALUD ESCOLAR REQUERIDO DE NYS

SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR PRIVADO DE ATENCIÓN MÉDICA O EL DIRECTOR MÉDICO

Nota: NYSED requiere un examen físico para los nuevos participantes y estudiantes en los grados Pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11; anualmente para deportes interescolares; y documentos de trabajo según sea necesario; o según lo requiera el Comité de Educación Especial (CSE) o Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE).

STUDENT

Name	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH

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

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

BMI _____ kg/m2

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

Hyperlipidemia: No Yes Not Done

Hypertension: No Yes Not Done

PHYSICAL

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

System Review and Abnormal Findings Listed Below

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

<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:	DOB:
-------	------

SCREENINGS

Vision (w/correction if prescribed)	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity	20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity	20/	20/		<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				<input type="checkbox"/>
Notes				

Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.	Not Done
---	-----------------

Pure Tone Screening	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Referral <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Not Done
Notes				

Scoliosis Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral	Not Done
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

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

Student may participate in all activities without restrictions.

Student is restricted from participation in:

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

Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level **OR** Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.

Tanner Stage: I II III IV V Age of First Menses (if applicable) : _____

Other Accommodations*: (e.g. Brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggle, etc.) Use additional space below to explain. *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.

MEDICATIONS

Order Form for Medication(s) Needed at School Attached

IMMUNIZATIONS

Record Attached Reported in NYSIS

HEALTH CARE PROVIDER

Medical Provider Signature:

Provider Name: *(please print)*

Provider Address:

Phone: _____ Fax: _____

Please Return This Form To Your Child's School When Completed.

EL DISTRITO ESCOLAR DE ISLAND PARK
99 Radcliffe Road
Island Park, New York 11558

CUESTIONARIO DE SALUD PARA LA ADMISIÓN A ESCUELA

Nombre del niño/a _____ Grado _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

1. ¿Ha tenido su niño/a un examen de salud de rutina? Sí ____ No ____
Si sí, fecha del última examen _____

2. ¿Ha tenido su niño/a alguna enfermedad o herido en el último año? Sí ____ No ____
¿Requirió la enfermedad/el herido hospitalización? Sí ____ No ____
Si sí, por favor escriba detalles: _____

3. ¿Tiene su niño/a alguna discapacidad? Sí ____ No ____
Si sí, por favor indique el problema: _____

4. ¿Hay alguna limitación en las actividades? Sí ____ No ____
Si sí, por favor indique las limitaciones: _____

5. ¿Tiene su niño/a una necesidad especial a causa de problemas de la salud? Sí ____ No ____
Si sí, por favor describa: _____

6. HISTORIA DE SALUD

A. Alergias o reacciones Sí ____ No ____

B. La fiebre del heno, asma, sibilancias Sí ____ No ____

C. Eccema o erupción cutánea frecuente Sí ____ No ____

- D. Convulsiones Sí ___ No ___
- E. Problema de Corazón Sí ___ No ___
- F. Diabetes Sí ___ No ___
- G. Frecuentes resfriados, dolor de garganta,
dolor del oído (cuatro o más por año) Sí ___ No ___
- H. Problemas con orinar o defecar Sí ___ No ___
- I. Falta del aire Sí ___ No ___
- J. Problema del habla Sí ___ No ___
- K. Problemas de los dientes Sí ___ No ___
- L. Alergias a la medicina Sí ___ No ___

Por favor, explique cualquiera condición a que respondió con “SÍ”:

7. ¿Toma su niño/a alguna medicina regularmente? Sí ___ No ___

Si sí, ¿qué medicina? _____

¿Por qué? _____

Requerimiento de Dosis _____

Firma: _____

Fecha: _____

**ISLAND PARK UNION FREE SCHOOL DISTRICT
99 Radcliffe Road
Island Park, New York 11558**

DENTIST'S EXAMINATION RECORD

REGISTRO DE EXAMEN DEL DENTISTA

CHILD'S NAME _____

ADDRESS _____

TELEPHONE NUMBER _____

EXAMINATION DATE _____

This is to certify that I have examined the above named student and I hereby inform you that:

No treatment is necessary _____

Treatment is in progress _____

Treatment is completed _____

Comments: _____

Dentist's Signature

Address

Town, State, Zip

Telephone Number

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – CUESTIONARIO DE RESIDENCIA

Nombre del Distrito Escolar: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Grado: ____ ID#: ____

Mujer *Mes Día Año (jardín de infantes – 12) (opcional)*

Dirección: _____ Teléfono: _____

Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.

¿Dónde está el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque una caja.)

- En un refugio
- Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
- En un hotel/motel
- En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- Otra vivienda temporal (Por favor describa): _____
- En un hogar permanente

Nombre de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Firma de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Fecha

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Si el estudiante **NO** vive en un hogar permanente, favor de asegurarse que una Formulario de Designación sea completado



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK
Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes
para alumnos de preescolar¹

*Estimado padre, madre o tutor:
Gracias por completar el Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes. Esta encuesta aportará a su escuela nueva información valiosa sobre la experiencia de su hijo con los idiomas. La información reunida servirá para que los educadores de preescolar puedan brindar un nivel de instrucción relevante desde el punto de vista lingüístico y académico, que afiance el idioma y la alfabetización de todos los alumnos.*

ESTA SECCIÓN SOLO SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR O A CARGO DE LA INSCRIPCIÓN Y SE ARCHIVARÁ
Fecha en que se completó el perfil:
Nombre del estudiante:
Sexo:
Fecha de nacimiento:
Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad:
Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):
Nombre de la persona que administra el perfil:
Puesto:

Información del padre, la madre o la persona que desempeña un rol parental

Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:

Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil: Madre Padre Otro

¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela? Inglés Otro idioma que se habla en el hogar:

Idioma que se habla en el hogar

1. ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?

2. ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente?
(Enumere todos los que correspondan.)

3. ¿Hay un cuidador en el hogar? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?

4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?

5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?

6. ¿Su hijo tiene hermanos? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?

7a. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones cortas?

¿En qué idioma?

7b. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones completas?

¿En qué idioma?

8. ¿Qué idioma utiliza su hijo en los juegos de simulación?

9. ¿Cómo ha aprendido inglés su hijo hasta este momento (programas de televisión, hermanos, personas a cargo del cuidado, etc.)?

Idioma fuera del hogar/de la familia

10. ¿Su hijo ha asistido a algún programa de guardería, Head Start o de cuidado infantil? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma se hablaba en el programa?

¿En qué idiomas interactúa su hijo con otras personas en el entorno de guardería o cuidado infantil?

11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que hace su hijo con los amigos?

Objetivos de idioma

12. ¿Cuáles son sus objetivos de idioma para su hijo? Por ejemplo, ¿quiere que su hijo aprenda a hablar bien más de un idioma?

13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe? Sí No

14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida?

Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma?

Alfabetización emergente

15. ¿Su hijo tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca?

¿En qué idioma le leen estos libros?

16a. ¿Su hijo puede decir algunas letras o sonidos en inglés? Sí No

16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17a. ¿Su hijo simula leer? Sí No No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17b. ¿Su hijo simula escribir? Sí No No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje? Sí No

De ser así, ¿qué objetivos describe?

20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

ⁱ Para más información, comuníquese con la Oficina de Educación Infantil del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-5807, o por correo electrónico a OEL@nysed.gov, o la Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-8775 o (718) 722-2445, o por correo electrónico a OBEWL@nysed.gov.

**Island Park UFSD
99 Radcliffe Road
Island Park, New York 11558**

CONSENTIMIENTO DE MEDICAID

Estimado Padre/Guardian de _____

Esto es para solicitar su permiso (autorización) para facturar a su o su niño, el seguro de Medicaid para el programa de educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el programa de educación individualizada (IEP) de su niño. Este acuerdo permite que, el Distrito Escolar facture servicios relacionados.

Yo, _____ como padre/tutor de _____
(Imprime nombre de su niño)

acabo de recibir una notificación por escrito del Distrito Escolar que explica mi derechos federales con respecto a la utilización de beneficios publico o seguros que pagan ciertos programas de educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y estoy de acuerdo que el distrito escolar puede acceder a Medicaid para que paguen par la educación especial y servicios relacionados de mi niño. Entiendo que: en dar mi consentimiento, no le afectara el seguro de Medicaid de mi niño; cuando quiero, puedo revisar las copias de los registros/documentos transmitido en virtud de esta autorización; servicios que estan indicado en el IEP de mi niño deben ser proporcionado sin costa a mi, si estoy en acuerdo o no permito dar mi consentimiento a Medicaid; tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento; y el Distrito Escolar debe mandar (cada aria), notificación par escrito sobre mis derechos con respecto a este consentimiento. Yo también doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar mande los registros siguientes/información sobre mi niño, a La Agencia de Medicaid del Estado de Nueva York, para que facturen programas de educación especial y servicios relacionados que están indicado en el IEP de mi niño. Los registros siguientes serán compartidos.

Registros compartidos (registros/información sobre servicios que su niño)	
Prescription	Service Provider Attendance
Referral	"Under the Direction of" Certification
Treatment Logs	"Under the Supervision of" Certification
Individualized Education Program - IEP	"Under the Direction of" Logs
Attendance Records	"Under the Supervision of" Logs
Bus Logs	Calendar
Other unnamed documents needed to support a claim to Medicaid	

Doy mi consentimiento voluntario y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También tengo entendido que en mi niño teniendo el derecho de recibir educación especial y servicios relacionados, en ninguna manera depende en mi autorización y que, a pesar de mi decisión de proporcionar este consentimiento, todos los servicios requeridos en el IEP de mi niño, sera siempre ofrecido a mi niño sin algun costo a mí.

Firma de Padre/Madre: _____

Nombre de Padre/Madre: _____ Fecha: _____

ISLAND PARK UNION FREE SCHOOL DISTRICT
99 Radcliffe Road
Island Park, New York 11558

INSCRITO NUEVO
HISTORIA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Ha sido ofrecido su niño/a servicios por el Comité de Educación Pre-escolar (CPSE)/
Comité de educación especial (CSE) en cualquier momento en el pasado?

Sí _____ No _____

Si es así, por favor indique abajo el año escolar y los tipos de servicios ofrecidos:

Año Escolar/ _____

Distrito: _____

Servicio(s): _____

Mi niño/a ha recibido _____ o no ha recibido _____ servicios CPSE/CSE.

Padre/Tutor: _____

Firma

Fecha: _____

**FORMULARIO DEL DISTRITO ESCOLAR PARA LA LIBERACION DE NOTICIAS:
ESTREVISTAS DE ESTUDIANTES, FOTOGRAFÍAS, VIDEOS Y TRABAJO**

Estimados Padres / Tutores:

El Distrito Escolar de Island Park publica boletines informativos, calendarios, sitios web y comunicados de prensa que destacan a estudiantes y programas de nuestras escuelas.

Yo doy consentimiento que el Distrito tome y utilice las entrevistas, los registros de audio, las fotografías, las videocintas y / u otras transmisiones de cualquier tipo de mi hijo para propósitos de relaciones públicas, educacionales o de otro tipo (en ningún caso se utilizarán con fines comerciales), incluyendo pero no limitado a usar en el sitio web del Distrito, calendarios, boletines, comunicados de prensa, página del Distrito en Facebook u otros medios sociales. Además, estoy de acuerdo en que estos materiales que han sido capturados serán propiedad del Distrito. Por la presente libero y descargo al Distrito y a sus representantes de cualquier reclamación que pueda surgir del uso en cualquier momento de tales entrevistas, grabaciones de audio, fotografías, imágenes, videos u otras transmisiones electrónicas de cualquier tipo.

A menos que usted se oponga a que su hijo participe en dicha cobertura, asumiremos que usted da permiso al Distrito. Si usted se opone, por favor complete este formulario y devuélvalo al maestro de su hijo lo más pronto posible.

Gracias por su cooperación,

Sinceramente,

Mr. Adam Frankel, Director Interino de la Escuela Primaria Francis X Hegarty
Dr. Bruce Hoffman, Director de la Escuela Intermedia Lincoln Orens

.....
Island Park UFSD
Formulario de la Liberación de Medios De Comunicación

[] Yo no doy consentimiento.

NOMBRE DEL HIJO _____

CLASE o MAESTRO DEL HOMEROOM _____

FIRMA DE PADRE / TUTOR _____

FECHA _____

Por favor complete y devuelva este formulario al maestro de su hijo lo más pronto posible.

**ISLAND PARK UFSD
Island Park, New York**

**FORMULARIO PARA LA LIBERACION DE OTRAS MEDIOS DE COMUNICACION Y
FUNCIONARIOS ELEGIDOS:
ESTREVISTAS DE ESTUDIANTES, FOTOGRAFÍAS, VIDEOS Y TRABAJO**

Estimados Padres / Tutores:

Periódicamente, los representantes externos de los medios de comunicación (el Herald, Tribune, Newsday, etc.) y los funcionarios elegidos del Pueblo, la Ciudad, el Condado, el Estado y el gobierno Federal (y sus representantes) solicitan permiso para escribir una noticia sobre nuestras escuelas y / o nuestros estudiantes. Las fotografías, grabaciones de video y / o citas de los niños y su trabajo a menudo acompañan a los artículos con fines de impresión o difusión.

Yo doy consentimiento para entrevistas, grabaciones de audio, fotografías, grabaciones de video u otras transmisiones de cualquier tipo de mi hijo o que incluyan o identifiquen a mi hijo para ser tomadas y usadas por medios de prensa externos y funcionarios elegidos para prensa, medios de impresión o difusión. También estoy de acuerdo en que estos materiales que han sido capturados serán propiedad de la agencia de medios aplicable o funcionario elegido y por este medio liberan y descargan al Distrito Escolar Libre de Island Park ya sus representantes de cualquier reclamación que pueda surgir de la toma y uso en cualquier momento de tales entrevistas, fotografías, videos u otras transmisiones electrónicas u otras de cualquier tipo.

A menos que usted se oponga a que su hijo participe en dicha cobertura, asumiremos que usted da permiso al Distrito. Si usted se opone, por favor complete este formulario y devuélvalo al maestro de su hijo lo más pronto posible.

Gracias por su cooperación,
Sinceramente,

Mr. Adam Frankel, Director Interino de la Escuela Primaria Francis X Hegarty
Dr. Bruce Hoffman, Director de la Escuela Intermedia Lincoln Orens

.....
**Island Park UFSD
Outside News Media and Elected Officials Release Form**

[] Yo no doy consentimiento a las noticias externas.

[] Yo no doy consentimiento a la liberación a los funcionarios elegidos.

NOMBRE DEL HIJO _____

CLASE O MAESTRO DEL HOMEROOM _____

NOMBRE de PADRE/TUTOR (POR FAVOR ESCRIBE) _____

FIRMA de PADRE/TUTOR _____

FECHA _____

Por favor complete y devuelva este formulario al maestro de su hijo lo más pronto posible.

3800 - USO ACEPTABLE DE INTERNET POLÍTICA (AUP)

El Distrito Escolar de Island Park se compromete al uso responsable, eficiente, ético y legal de sus instalaciones de telecomunicaciones.

Uso aceptable de telecomunicaciones incluye actividades que apoyan la enseñanza y el aprendizaje. Uso de las cuentas del Distrito se limita a actividades relacionadas con la escuela o cursos. Los usuarios se les anima a utilizar los servicios de telecomunicaciones, pueden incluir, pero no son limitado a, correo electrónico, conferencias, boletines, bases de datos y acceso a Internet, incluyendo el Web del Mundo, Telnet y Archivo Transferencia Protocolo (FTP).

Uso Inaceptable

Las actividades que no están permitidas en las cuentas del distrito incluyen:

- El plagio
- Uso de obscenidad o lenguaje que puede ser ofensivo para otros
- Reponer Comunicaciones sin el consentimiento del autor
- Copiar software en violación de las leyes del derecho del autor
- Uso de servicios en línea para beneficios con fines de lucro, comercial o actividad ilegal
- El desarrollo o la propagación del virus de computadora
- La participación en actos de vandalismo

Responsibilities de Empleados

Los empleados del Distrito enseñarán y/ modelarán las técnicas adecuadas y las normas relacionadas al uso de computadoras del Distrito; equipo de telecomunicaciones, el Internet y cuentas de correo electrónico. Los empleados entienden que el abuso de los servicios por sí mismos o para quienes que están responsables pueden resultar en la pérdida de privilegios y pueden estar sujetos a sanciones adicionales de la escuela, así como otras sanciones previstas en la ley.

Procedimiento de Obtende Acceso

Para obtienen el uso de una cuenta del Distrito, los estudiantes y sus padres deben:

- Completar el formulario, *Aplicación de Estudiantes para el Uso de Computadora*, Internet y Correo Electrónico, anualmente.
- Acordar a las directivas de equipo del Distrito que rigen el uso de computadoras, internet y correo electrónico,
- Acordar a la formación de los estudiantes.

Para Obtener el Uso de una Cuenta del Distrito para Empleados

Los empleados deben:

- Completar el formulario, **Aplicación de Empleado** de para el uso de Computadoras, Internet y Correo Electrónico.
- Acordar a las directivas de equipo del Distrito (3800) que rigen el uso de computadoras, internet y correo electrónico, y las reglas relacionadas y regulaciones.
- Acordar a la política (3850) con respecto a los Recursos Informáticos y gestión de Datos del Distrito
- Acordar a solicitar entrenamiento referente a cualquier asuntos relacionados para los que necesitan aclaración o mayor comprensión.

Esta política se aplica a todos los usuarios de las cuentas del distrito y/o instalaciones.
(Ver Reglamento 3 800)

NORMAS Y REGLAMENTOS DE TELECOMUNICACIONES

Los usuarios de telecomunicaciones se esperan que mantienen las Normas y Reglamentos del Distrito de Telecomunicaciones. Ellos incluyen (pero no están limitados a) los siguientes:

1. Todo uso de las telecomunicaciones debe ser en apoyo a la educación y la investigación y ser coherente con los propósitos del distrito escolar de Island Park.
2. Se prohíbe cualquier uso de las cuentas en línea para propósito comerciales o lucro, el anuncio de productos de cabildeo político.
3. Se prohíbe el uso de la cuentas en línea para empresas personal y privadas.
4. El usuario no deberá buscar con intención, obtener copias de o modificar archivos, datos o contraseñas, pertenecientes a los demás.
5. Los usuarios no deben tergiversar a sí mismos a otros en línea
6. La comunicación y información accesible por Internet no es segura. Por lo tanto, los usuarios no deben revelar información personal (dirección, número de teléfono, número de seguro social o números de tarjeta de crédito) cuando en línea.
7. Los usuarios no deben interrumpir el acceso de otras personas al servicio.
8. Hardware o software no puede ser modificado, destruido o abusado de cualquier manera.
9. Correo de odio, acoso, observaciones discriminatorias y otros comportamientos antisociales están prohibidos.
10. El uso de las cuentas del distrito para desarrollar programas que acosan a otros o infiltrarse en un ordenador o sistema informático o dañan los componentes de software de un ordenador o sistema informático está prohibido.
11. Norma restricciones de derechos de autor debe ser observado.
12. El uso de las cuentas del distrito para acceder o procesar material pornográfico, archivos de texto inapropiado, o archivos peligrosos para la integridad del distrito ordenadores y/o redes está prohibido.
13. De vez en cuando, el Distrito Escolar de Island Park revisará las prácticas y políticas de telecomunicaciones.
14. El uso de las computadoras del Distrito es un privilegio, no un derecho; uso inapropiado resultará en la suspensión o revocación de ese privilegio.

No hay Garantía de Privacidad

Los usuarios utilizando la red de computadoras del Distrito no deben esperar, ni el Distrito garantiza la privacidad por correo electrónico o por cualquier uso de la red de computadoras del Distrito. El Distrito reserva el derecho de acceder, ver y/o revelar cualquieras materiales en equipo del Distrito o cualquier material usado en conjunción con la red de computadoras del Distrito.

DISTRITO DE ISLAND PARK SIN UNIÓN

APLICACIÓN DE ESTUDIANTE PARA EL USO DE COMPUTADORA, INTERNET & CORREO ELECTRÓNICO

Nombre de Estudiante _____ Grado: ____
(Por Favor Imprima)

Escuela _____ Aula _____

- Yo he leído y entiendo la Política de Uso de las Telecomunicaciones y Reglamentos de Telecomunicaciones.
- Yo he discutido estas políticas con mi padre o tutor.
- Yo estoy de acuerdo en acatar sus disposiciones. Si no, Yo entiendo que perderé acceso en línea y privilegios relacionados, y estaré sujeto a acción disciplinaria escolar y acciones legales.

Firma de Estudiante _____ *Fecha* _____

.....
PADRE O TUTOR

- Yo he leído y entiendo la Política de Uso de las Telecomunicaciones y Reglamentos de Telecomunicaciones.
- Yo aceptaré responsabilidad por el uso apropiado de mi hijo/a en equipos de telecomunicaciones del Distrito y su acceso potencial a la Red Internet y las cuentas en línea mientras usa cuentas del Distrito incluso cuando no está en un ambiente escolar.
- Yo entiendo que mi hijo/a estará sujeto a las consecuencias disciplinarias si él/ella viola estas reglas.
- Yo acepto ser legal y financieramente responsable de cualquier mal uso de la tecnología, Internet y correo electrónico de mi hijo/a como indicado en las políticas del Distrito y definido por la Ley del Estado de Nueva York.
- No esperaré El Distrito Escolar de Island Park Sin Unión responsable para materiales controversiales adquiridos mientras en línea.
- Yo entiendo estas políticas y/o pide aclaraciones.
- Yo certifico que la información en este formulario es correcta y yo doy permiso que me hijo/a utilizar una cuenta del Distrito.

Imprima Nombre _____ Fecha _____

Firma _____

Dirección de Casa _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____

ISLAND PARK UNION FREE SCHOOL DISTRICT
99 Radcliffe Road
Island Park, New York 11558

Los padres pueden solicitar una evaluación de su niño/a y remisión si sospechan que su niño/a tiene una necesidad de programas o servicios de educación especial. Información adicional puede encontrarse en la publicación *Educación Especial en estado de Nueva York para niños 3-21, Guía de los Padres*, lo que está disponible a través del Departamento de educación del estado de Nueva York en la siguiente dirección web:

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

También puede comunicarse con el Mr. Jacob Russum, Director de servicios estudiantiles personal en (516) 434-2620 para obtener más información.

ISLAND PARK SCHOOL DISTRICT
Island Park, New York

Formulario del Programa Preescolar Universal

Un padre or acudiente debe completar este formulario. Toda la información permanecetrá confidencial.

Información del estudiante

Nombre del estudiante _____ Teléfono _____
(Apellido) (Nombre/s)

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ Va al baño independientemente: Si ___ No ___ Sexo: M ___ F ___

Domicilio _____ Island Park, NY 11558

Domicilio previo _____ Pueblo/Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Ciudad de nacimiento en EE.UU. _____ Estado _____

Si nació fuera de los EE.UU., indique lo siguiente:

Fecha de inmigración a los EE.UU. _____ País de nacimiento _____ Años en los EE.UU. _____

Idioma native del estudiante _____ Idioma secundario del estudiante _____

¿En qué idioma prefiere que nos comuniquemos con usted sobre el programa preescolar? _____

¿Ha asistido su hijo/a a una guardería a los 3 años? Si ___ No ___ ¿A cuál? _____

¿Ha tenido su hijo/a una evaluación especial o servicios especiales? Si ___ No ___

¿Tiene su hijo/a alguna alergia? Especifique: _____

Información sobre padres/acudientes

Nombre _____ Parentesco _____
(Apellido) (Nombre)

Domicilio _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

Nombre _____ Parentesco _____
(Apellido) (Nombre)

Domicilio _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

Padres: Casados ___ Separados ___ Divorciados ___ Viudo/a ___ Soltero/a ___ Otro ___

¿Si está separado/a o divorciado/a, ¿necesita que le enviemos correspondencia a cada uno de los padres?

Si ___ No ___ ¿Con quién vive el estudiante? _____

¿Hay alguna orden de restricción o protección en contra de uno de los padres en archivo? Si ___ No ___

Por favor, adjunte copias legales de la(s) orden(es). Si _____

Información en casos de emergencia (En caso de una emergencia, si los padres o acudientes no se pueden contactar, llamaremos a la persona que usted indique en la parte inferior. Esta persona tiene que vivir en Island Park o un pueblo cercano. La persona tiene que ser un adulto de 21 años o más. Además, debe tener autorización para recoger y transportar a su hijo/a en su vehículo. Por favor, informe a la persona sobre esta responsabilidad y asesúrese que él/ella esté de acuredo.)

Nombre #1 _____ Parentesco _____ Teléfono _____
(Apellido) (Nombre)

Nombre # 2 _____ Parentesco _____ Teléfono _____
(Apellido) (Nombre)

Por favor lea y escriba sus iniciales:

Yo entiendo que el programa empieza puntualment a las 8:50 de la mañana y termine a las 2:10 del la tarde. ___

Yo entiendo que los estudiantes deben asistir todos los dias. _____

Yo entiendo que quizás no haya transporte disponible para los estudiantes. _____

ISLAND PARK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

CENSO ESCOLAR

Estamos obligados a llevar a cabo un censo de todos los niños menores de 22 años que residen en nuestro distrito escolar y que aún no se han graduado de la escuela secundaria. Según la sección 3241 de la ley de educación, este censo debe incluir el nombre, la residencia, la fecha de nacimiento, los nombres de los padres y "la información adicional que la Junta de educación requerirá." En el pasado, hemos llevado a cabo este censo por un lienzo de casa en casa de nuestra comunidad. Nos hemos convertido a un procedimiento de censo por correo que será menos costoso y, con su cooperación, más preciso.

Es extremadamente importante que completes este formulario censal de forma completa y precisa. Esto nos ayudará mientras proyectamos la matrícula escolar para los próximos años. Usted puede guardar el franqueo del distrito si usted dejaría esta forma apagado en cualesquiera de nuestras oficinas principales de las escuelas. Gracias.

Por favor imprima

1. **PADRE O GUARDIÁN** _____ **MADRE O GUARDIÁN** _____
(Apellido) (Nombre) (Apellido) (Nombre)

2. **DOMICILIO:** _____
Ciudad, Estado Código Postal

TÉLÉFONO: _____ ¿Más de una familia en su domicilio? **SÍ** () **NO** ()

3. **IMPRIMA POR FAVOR LOS NOMBRES DE TODOS LOS NIÑOS QUE VIVEN EN EL PAÍS, DE NACIMIENTO A 22 AÑOS DE EDAD:**

APELLIDO, NOMBRE	SEXO M-F	FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	GRADO (Septiembre)	ESCUELA Asistiendo en septiembre

4. **SI UN NIÑO TIENE UNA DISCAPACIDAD O UN PROBLEMA FÍSICO GRAVE, SÍRVASE DESCRIBIR BREVEMENTE:**

5. **IDIOMA HABLADO EN CASA:** _____

GRACIAS POR SU AYUDA _____
Firma *Fecha*



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 Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). 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 en la escuela, 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 algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 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: _____

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 607-436-3606, o por correo a NYS Migrant Education Program- Identification & Recruitment Office: 100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY 12020

