Distrito Escolar Port Chester-Rye Unión Libre

113 Bowman Avenue
Port Chester, New York 10573
914.934.7900

www.portchesterschools.org

Oficina del Superintendente
914.934.7901

Oficina del Superintendente Suplente
914.934.7920

Estimado Padres/Tutor,

Gracias por su interés en el programa de prejardín de infantes universal del distrito escolar gratuito de Port Chester-Rye. Adjunto encontrará el paquete de inscripción para el año escolar 2021-22.

Por favor complete los siguientes formularios y cualquier copia de los documentos requeridos para la inscripción de su hijo:

- Acto de Nacimiento o otro prueba de Nacimiento **(copia)**
- Prueba de Residencia **(copia)**
- Identificación con foto de los padres / tutores **(copia)**
- Formulario de Certificación de Valoración de Salud llenado por un médico
- Registro (s) de vacunación más reciente **(necesario)**
- Cuestionario de Vivienda
- Forumlario de NO Divulgación de Fotografías/Video
- Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes
- Consentimiento para el centro de Salud Escolar de Open Door *(opcional)*
- Consentimiento para servicios dental de Open Door *(opcional)*

Coloque su registro completo, incluida toda la documentación requerida, en la caja negra ubicada en **113 Bowman Avenue** o entregarlo a **18 Central Avenue** . Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo al 914-934-8041.

Sinceramente,

Elsy Gonzalez

Elsy González
Port Chester-Rye UFSD

Distrito Escolar Port Chester – Rye Unión libre

Información del Estudiante

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento: _____ / ____ /_____ mes día año	Calle	Ciudad
_____ Masculino _____ Femenino	Lugar de nacimiento: Ciudad	Estado País
Teléfono primario:	Otro (Celular):	
Entrando al Grado:	Nombre del Padre/Madre/Tutor:	

¿Es el estudiante Hispano o Latino?	☐ Si, Hispano o Latino	☐ No, no Hispano o Latino	
Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales. Para esta pregunta marque (√) todos los grupos que pertenecen a su hijo/a; marque al menos UN cuadro:	☐ BLANCO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de España, África del Norte, o el Medio Oriente.	☐ NEGRO: Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negro de África.	☐ NATIVO HAWAIIANO U OTRO de las ISLAS del PACIFICO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
	☐ ASIATICO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.	☐ NATIVOS INDIO AMERICANO o NATIVOS de ALASKA: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y América del Sur (incluyendo América Central) **y que derivan de una afiliación de tribus o identificación dependiente a través de tribus.** Por ejemplo, Cherokee, Mohawk, Inuit, maya, inca (pero no limitado a estos listados).	

Médico del Estudiante:	Nombre Dirección		Teléfono
Contacto de Emergencia: (si el padre no está disponible)	Nombre	Teléfono	Relación
	Nombre	Teléfono	Relación
	Nombre	Teléfono	Relación

Información del padre/tutor:	Madre/tutor #1	Padre/tutor #2
Relación con el estudiante:		
Apellido		
Primer nombre:		
Segundo nombre:		
Calle en dónde reside:		
Ciudad:		
Estado:		
Código de área:		
Teléfono primario:		
Teléfono celular:		
Dirección de correro electrónico:		

	Nombre:	Relación con el estudiante UPK	Género	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Escuela
Hermanos del estudiante UPK que viven en casa:					

Nota: Para que una registración sea considerada completa, toda la documentación requerida debe ser entregada.

Por la presente certifico que toda la información dada anteriormente es verdadera y actual conforme a la fecha de hoy día.

Entiendo y doy consentimiento para que mi información personal y de contacto sea usada por la escuela con el fin de mantenerme informado sobre los asuntos relacionados con la misma.

_____ _____

Firma del padre/tutor Fecha

Distrito Escolar Libre de Unión de Port Chester- Rye
2021-2022 Selección del campus de pre-jardín infantil universal

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE Y COMPLETE TOD LOS DATOS

Envíe por correo o entregue personalmente su registro a: Elsy Gonzalez, administradora
113 Bowman Avenue, Rye Brook, 10573
O
Jennifer Coggio o Gloria Guerra
18 Central Avenue, Port Chester, NY 10573

Nombre del Niño _____
Apellido Primer Nombre

Padre/Tutor Nombre_____
Apellido Primer Nombre

¿El niño sabe hablar inglés? ☐ Sí ☐ No

¿Si no, habla inglés indica que lenguaje el niño habla? _____

¿Tiene interés en el programa de dos idiomas? ☐ Sí ☐ No (solo se ofrece en el campus de Laura Vicuña)

¿El niño recibe algún servicio educativo especial? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es sí, por favor de una lista de los servicios que el niño recibe:

_____

_____

_____

(El comité de Educación Especial para Pre-escolar determinará la asignación de estudiantes en aulas integradas.)

¿Usted estará inscribiendo en la lotería del Pre-jardín infantil para el 2021-2022 más de un niño?

☐ Sí ☐ No

¿Tiene actualmente otro niño / niños inscritos en el campus de Corpus Christi-Holy Rosary (Padre Rinaldi)?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique el grado para 2021-2022 _____

Por favor elija el campus preferido para que su hijo asista a la UPK:

☐ Corpus Christi-Holy Rosary (Padre Rinaldi) Campus
135 S. Regent Street

☐ Corpus Christi-Holy Rosary (Laura Vicuña) Campus
18 Central Avenue

Yo afirmo que la información incluida en esta aplicación es verdadera y correcta según mi conocimiento. Entiendo que completar este formulario no garantiza la admisión de mi hijo a mi campus preferido. Al ser aceptada al programa de pre-jardín infantil, yo como el padre o tutor, aceptaré asistir cualquier reunión u orientación que sea requerida por la escuela.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

Distrito Escolar Port Chester-Rye Unión Libre

113 Bowman Avenue
Port Chester, New York 10573
914.934.7925
www.portchesterschools.org

VER ADJUNTO

Año Escolar 2021-2022

Requisitos de Inmunización del Estado de Nueva York para la Inscripción/Asistencia

A los estudiantes que se presenten sin la documentación de haber recibido vacunas, o una cantidad insuficiente de vacunas o prueba de inmunidad, se les puede permitir un período de gracia para asistir a la escuela por no más de 14 días del calendario; el cual se puede extender a no más de 30 días del calendario para un estudiante individual que se transfiere fuera del estado o de otro país y puede mostrar un esfuerzo de buena fe para obtener la evidencia necesaria de inmunización. (10NYCRR 66-4)

Los estudiantes que deseen inscribirse en el Centro de Salud Escolar de Open Door Family con el propósito de obtener inmunizaciones pueden inscribirse con el proveedor del sitio escolar. Los formularios de inscripción están disponibles bajo petición.

Por favor envíe prueba de inmunización a la enfermera de la escuela donde su hijo asistirá a la escuela.

La prueba de inmunización debe ser **1 de cualquiera de las 3** opciones que se enumeran a continuación:

- Un certificado de vacunación firmado por el médico
- Informe de Registro de Vacunación (NYSIIS o CIR de Nueva York) de su proveedor de atención de salud o del departamento de salud de su condado
- Un informe del laboratorio de análisis de sangre que demuestra que su hijo/a es inmune a las enfermedades
    - Para varicela, una nota de su médico (MD, NP, PA) que dice que su hijo/a tuvo varicela también es aceptable

Si tiene preguntas o dudas sobre las vacunas, por favor, póngase en contacto con el personal de salud escolar.

Gracias.

Atentamente,
Enfermera de la Escuela

New York State Immunization Requirements for School Entrance/Attendance[1]

NOTES:
Children in a prekindergarten setting should be age-appropriately immunized. The number of doses depends on the schedule recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). For grades pre-k through 10, intervals between doses of vaccine should be in accordance with the ACIP-recommended immunization schedule for persons 0 through 18 years of age. (Exception: intervals between doses of polio vaccine DO NOT need to be reviewed for grades 5, 11 and 12.) Doses received before the minimum age or intervals are not valid and do not count toward the number of doses listed below. Intervals between doses of vaccine DO NOT need to be reviewed for grades 11 and 12. See footnotes for specific information for **each** vaccine. Children who are enrolling in grade-less classes should meet the immunization requirements of the grades for which they are age equivalent.

Dose requirements MUST be read with the footnotes of this schedule.

Vaccines	Prekindergarten (Day Care, Head Start, Nursery or Pre-k)	Kindergarten and Grades 1, 2, 3 and 4	Grade 5	Grades 6, 7, 8, 9 and 10	Grades 11 and 12
Diphtheria and Tetanus toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine (DTaP/DTP/Tdap/Td)[2]	**4 doses**	**5 doses or 4 doses** if the 4th dose was received at 4 years or older or **3 doses** if 7 years or older and the series was started at 1 year or older		**3 doses**	
Tetanus and Diphtheria toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine booster (Tdap)[2]	**Not applicable**			**1 dose**	
Polio vaccine (IPV/OPV)[4]	**3 doses**	**4 doses or 3 doses** if the 3rd dose was received at 4 years or older	**3 doses**	**4 doses or 3 doses** if the 3rd dose was received at 4 years or older	**3 doses**
Measles, Mumps and Rubella vaccine (MMR)[5]	**1 dose**	**2 doses**			
Hepatitis B vaccine[6]	**3 doses**	**3 doses or 2 doses** of adult hepatitis B vaccine (Recombivax) for children who received the doses at least 4 months apart between the ages of 11 through 15 years			
Varicella (Chickenpox) vaccine[7]	**1 dose**	**2 doses**	**1 dose**	**2 doses**	**1 dose**
Meningococcal conjugate vaccine (MenACWY)[8]	**Not applicable**			**Grades 7, 8 and 9: 1 dose**	**Grade 12: 2 doses or 1 dose** if the dose was received at 16 years or older
Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine (Hib)[9]	**1 to 4 doses**	**Not applicable**			
Pneumococcal Conjugate vaccine (PCV)[10]	**1 to 4 doses**	**Not applicable**			

NEW YORK STATE | Department of Health

PADRES: Los requisitos escolares de vacunación del NYS han cambiado

Las exenciones no médicas de los requisitos escolares de vacunación han finalizado para los niños que asisten a la guardería y a la escuela desde el preescolar hasta el 12.º grado en el estado de Nueva York. Esto incluye todas las escuelas públicas, privadas y religiosas. Las exenciones religiosas ya no están permitidas.

Los niños con exenciones no médicas ahora deben vacunarse para asistir o seguir asistiendo a la escuela.

Este cambio no afecta a los estudiantes que ya tengan todas las vacunas necesarias para la escuela ni a los estudiantes que tengan una exención médica válida autorizada por un médico.

PLAZOS IMPORTANTES PARA LA VACUNACIÓN:

- **En un plazo de 14 días desde el primer día de escuela o guardería,** los niños deben recibir la primera dosis adecuada para su edad de cada serie de vacunas para asistir o seguir asistiendo a la escuela o la guardería.
- **En un plazo de 30 días desde el primer día de escuela o guardería,** los padres o tutores deben demostrar que programaron las citas para las próximas dosis de seguimiento requeridas para sus hijos. La fecha límite para cada dosis de seguimiento depende de la vacuna.

¿Qué vacunas necesita mi hijo?

Hable con su proveedor de atención médica para que lo ayude a determinar qué vacunas puede necesitar su hijo.

¿Es seguro que mi hijo reciba más de una vacuna por vez?

Los datos científicos indican que es seguro recibir varias vacunas al mismo tiempo. Esto también implica menos visitas al consultorio, lo cual puede ser menos estresante para su hijo. Para obtener más información, visite **health.ny.gov/vaccinesafety**.

Consejos para ayudar a su hijo a relajarse durante la próxima consulta para recibir una vacuna:

www.cdc.gov/vaccines/parents/visit/less-stressful.html
www.cdc.gov/vaccines/parents/tools/tips-factsheet.pdf

NEW YORK STATE | Department of Health

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR

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

STUDENT INFORMATION

Name:	Sex: ☐ M ☐ F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies ☐ No
☐ Yes, indicate type
☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached
☐ Food ☐ Insects ☐ Latex ☐ Medication ☐ Environmental

Asthma ☐ No
☐ Yes, indicate type
☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached
☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other : _____

Seizures ☐ No
☐ Yes, indicate type
☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached
☐ Type: _____ Date of last seizure: _____

Diabetes ☐ No
☐ Yes, indicate type
☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached
☐ Type 1 ☐ Type 2 ☐ HbA1c results: _____ Date Drawn: _____

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 **Hypertension:** ☐ No ☐ Yes

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height: **Weight:** **BP:** **Pulse:** **Respirations:**

TESTS	Positive	Negative	Date
PPD/ PRN	☐	☐	
Sickle Cell Screen/PRN	☐	☐	
Lead Level Required Grades Pre- K & K			**Date**
☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥ 10 µg/dL			

Other Pertinent Medical Concerns
One Functioning: ☐ Eye ☐ Kidney ☐ Testicle
☐ Concussion – Last Occurrence: _____
☐ Mental Health: _____
☐ Other:

☐ **System Review and Exam Entirely Normal**

Check Any Assessment Boxes *Outside* Normal Limits And Note Below Under Abnormalities

☐ HEENT	☐ Lymph nodes	☐ Abdomen	☐ Extremities	☐ Speech
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Back/Spine	☐ Skin	☐ Social Emotional
☐ Neck	☐ Lungs	☐ Genitourinary	☐ Neurological	☐ Musculoskeletal

☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:

☐ Additional Information Attached

Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Name:	DOB:

SCREENINGS

Vision	**Right**	**Left**	**Referral**	**Notes**
Distance Acuity	20/	20/	☐ Yes ☐ No	
Distance Acuity With Lenses	20/	20/		
Vision – Near Vision	20/	20/		
Vision – Color ☐ Pass ☐ Fail				
Hearing	**Right** dB	**Left** dB	**Referral**	
Pure Tone Screening			☐ Yes ☐ No	
Scoliosis Required for boys grade 9	**Negative**	**Positive**	**Referral**	
And girls grades 5 & 7	☐	☐	☐ Yes ☐ No	
Deviation Degree:		Trunk Rotation Angle:		

Recommendations:

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

☐ **Full Activity** without restrictions including Physical Education and Athletics.

☐ **Restrictions/Adaptations** Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications

- ☐ **No Contact Sports** — **Includes:** baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling
- ☐ **No Non-Contact Sports** — **Includes:** archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field
- ☐ **Other Restrictions:**

☐ **Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY**

Grades 7 & 8 to play at high school level **OR** Grades 9-12 to play middle school level sports

Student is at **Tanner Stage:** ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

☐ **Accommodations:** Use additional space below to explain

☐ Brace*/Orthotic	☐ Colostomy Appliance*	☐ Hearing Aids
☐ Insulin Pump/Insulin Sensor*	☐ Medical/Prosthetic Device*	☐ Pacemaker/Defibrillator*
☐ Protective Equipment	☐ Sport Safety Goggles	☐ Other:

*Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.

Explain: _____

MEDICATIONS

☐ **Order Form for Medication(s) Needed at School attached**

List medications taken at home:		

IMMUNIZATIONS

☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIIS Received Today: ☐ Yes ☐ No

HEALTH CARE PROVIDER

Medical Provider Signature:	**Date:**
Provider Name: *(please print)*	Stamp:
Provider Address:	
Phone:	
Fax:	

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

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: Port Chester-Rye Union Free School District

Nombre de la Escuela: Pre-jardin infantil

Nombre del Estudiante: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Grado: UPK ID#: _____
Mes Día Año (jardín de infantes – 12) (opciónal)

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

_____

Por favor envíe una copia de este documento a Kathy Sutherland a la Oficina Central.
Fax: 914-934-2429.

Distrito Escolar Port Chester-Rye Unión Libre

113 Bowman Avenue
Port Chester, New York 10573
914.934.7925
www.portchesterschools.org

FORMULARIO DE NO DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS/VIDEOS

(Por favor, llene este formulario y devuélvase **SOLAMENTE SI USTED NO AUTORIZA** que su estudiante aparezca en imágenes de publicidad de la escuela, anuarios, o videos como las publicaciones en la página web o medios sociales de la escuela o el Distrito.)

En nuestras escuelas, se realizan muchas actividades y logros que el Distrito Escolar de Port Chester-Rye considera que son positivos, y de interés periodístico y comunitario. Cada cierto tiempo, empleados del Distrito o programas colaboradores utilizarán fotografías o videos con el propósito de destacar los logros estudiantiles, o resaltar actividades en los salones de clase o en las escuelas. Dichas imágenes podrían utilizarse en boletines informativos, boletines escolares, fotografías de la clase, anuarios, y otros materiales impresos que publican el Distrito Escolar de Port Chester-Rye o aquellos que operan bajo su autorización. Es probable que dichas imágenes se utilicen en las páginas web de la escuela y/o del Distrito; asimismo, podrían enviarse a los medios de difusión para una posible publicación.

Si, por alguna razón, **usted no desea** que el Distrito Escolar de Port Chester-Rye o los medios de difusión utilicen la imagen de su hijo con fines de publicidad positiva, por favor, llene este formulario y devuélvelo a la oficina de la escuela. Es necesario llenar un formulario por estudiante.

Este formulario solo es necesario para el año escolar en vigencia y para las actividades en el salón de clase o eventos escolares que aún no se ofrecen al público.

☐ NO deseo que se tomen fotografías/ hagan videos de mi hijo para su uso en los medios de difusión o en la publicidad de la escuela.

Nombre completo del estudiante (por favor imprime) _____

Escuela _____ Grado pre-jardin infantil universal

Nombre del padre o tutor _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha_____

Por favor, devuelva este formulario firmado a la oficina de su escuela

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes para alumnos de preescolar[i]

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: Port Chester- Rye UFSD
Nombre de la persona que administra el perfil: Elsy Gonzalez
Puesto: Administradora de prejardín infantil

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. ¿Qué idiomas entiende su hijo/a?

4. ¿En qué idiomas habla su hijo/a con otras personas?

5. ¿Su hijo/a tiene hermanos? ☐ Sí ☐ No

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

6. ¿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
7. ¿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?
Objetivos de idioma
8. ¿Le gustaría que su hijo/a aprenda otro idioma? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Estaría interesado en participar en un programa de lenguaje dual? ☐ Sí ☐ No
Alfabetización emergente
10. ¿Su hijo/a tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca? ☐ Sí ☐ No ¿En qué idioma le leen estos libros?
11. ¿Su hijo simula leer? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
12. ¿Puede su hijo volver a contar historias sobre sus experiencias personales? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
13. *(opcional)* ¿Su hijo recibió o ha recibido servicios de intervención temprana? ☐ Sí ☐ No

[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.