

Cuestionario de vivienda Housing Questionnaire

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____
Name of school _____ Grade _____

Nombre del estudiante: _____
Name of student _____

	Apellido Last	Nombre First	Segundo nombre Middle
--	------------------	-----------------	--------------------------

Género: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Gender Male Female Date of birth Mes Día Año

Dirección: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____
Address Zip Code Phone

El propósito de este cuestionario es ayudar al distrito a determinar qué servicios usted o su hijo pueden recibir bajo la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela incluso si no tienen los documentos que normalmente se necesitan, como prueba de residencia, registros escolares, registros de vacunación o certificado de nacimiento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

¿Dónde vive actualmente el estudiante? - Marque una casilla.

- En una vivienda permanente (In permanent housing)
- En una casa refugio (In a shelter)
- En un motel/hotel (In a motel/hotel)
- Con otra familia o persona debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas (With another family or person because of loss of housing or economic hardship)
- En un automóvil, parque, autobús, tren o campamento (In a car, park, bus, train, or campsite)
- Otra situación de vivienda temporal (Other temporary living situation) _____

Nombre del padre/tutor o estudiante, en letra impresa

X _____
Firma del padre/tutor o estudiante

Fecha

Formulario de registro del estudiante de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

STUDENT REGISTRATION FORM

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

Expectativas de asistencia

Attendance Expectations

ACEPTO SEGUIR LAS EXPECTATIVAS DE ASISTENCIA
DEL PROGRAMA DE PREKINDERGARTEN UNIVERSAL DEL DISTRITO ESCOLAR
DE LA CIUDAD DE TROY

- Mi hijo asistirá a la escuela todos los días que Prekindergarten esté en sesión a menos que esté enfermo.
- Si mi hijo no asiste y no está enfermo, entiendo que mi hijo puede ser excluido del programa.
- Enviaré una excusa por escrito cada día que mi hijo esté ausente.
- Si puedo, llamaré a la escuela/centro de Prekindergarten para notificar a la escuela que mi hijo estará ausente.
- Mi hijo estará en la escuela y será recogido a tiempo todos los días y se quedará durante todo el programa de Pre Kínder. Registraré la entrada y salida de mi hijo todos los días del programa. Entiendo que mi hijo puede ser excluido del programa si no se cumplen las pautas.
- Dejaré a mi hijo al comienzo del programa y lo recogeré al final del programa. Entiendo que es importante que mi hijo esté presente durante todo el día y, si no cumple, mi hijo puede ser excluido del programa.
- Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de dar al maestro de Pre K y al personal los números de teléfono actualizados.
- Entiendo que si me mudo fuera del área del Distrito Escolar de la Ciudad de Troy, mi hijo ya no podrá asistir al programa Prekindergarten. También notificaré al distrito que mi hijo se ha mudado.

X

Firma del padre / tutor

Fecha

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

SITIOS DE PROGRAMA DE PREKINDERGARTEN PREKINDERGARTEN PROGRAM SITES

Los siguientes sitios tienen un programa de prekindergarten junto con el distrito escolar de la ciudad de Troy:

1. School 2 470 Tenth Street	7:45 - 2:00	Colaboración con Head Start Se requiere matrícula adicional Los padres proveen el transporte
2. School 12 475 First Street	7:40 - 1:00 7:45 - 2:00	Colaboración con Head Start Se requiere matrícula adicional Los padres proveen el transporte
3. School 14 1700 Tibbits Avenue	7:45 - 1:00	Los padres proveen el transporte
4. CEO Fifth Avenue	8:00 - 2:00	Colaboración con Head Start Se requiere matrícula adicional Los padres proveen el transporte
5. Sacred Heart 308 Spring Avenue	8:00 - 1:00	Los padres proveen el transporte Opción de cuidado antes y después de la escuela Se requiere uniforme

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SITIO SITE REQUEST FORM

Nombre del niño: _____
Child's Name

Criterios de aceptación:

- El niño debe residir dentro del distrito escolar de la ciudad de Troy.
- El niño debe tener 4 años de edad en o antes del 1 de diciembre del año escolar para el que se están inscribiendo.

Antes de esta página hay una lista de nombres y direcciones de los proveedores de Pre Kindergarten dentro del Distrito Escolar de la ciudad de Troy. Se enumeran las horas de funcionamiento y las opciones que tiene el programa.

Por favor, ordene sus 5 mejores opciones a continuación.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Selección aleatoria

El estado de Nueva York requiere la selección aleatoria de todos los programas de Pre Kindergarten Universal. Las solicitudes se aceptarán a partir del 22 de febrero. Las solicitudes se seleccionarán al azar para llenar las aulas de Pre Kinder disponibles. Se le notificará por correo de la ubicación de su hijo. Haremos todo lo posible por nuestra parte para otorgarle su preferencia de Prekindergarten.

Cuidado de niños adicional

El cuidado de niños de antes y después de la escuela es una opción en algunos sitios de pre kínder. Esto significa que un padre puede tener la opción de cuidado de niños antes y/o después del día de Pre Kinder. Sin embargo, el costo asociado con el cuidado de niños adicional es responsabilidad del padre o tutor.

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

PERFIL DEL NIÑO

CHILD PROFILE

Nombre del niño _____
Child's name

Idioma(s) que se hablan en el hogar _____
Language(s) spoken in the home

¿Actualmente su hijo asiste a?:

guardería _____ escuela guardería _____ o Head Start _____
daycare nursery school Head Start

¿Tiene su hijo algún problema de salud especial que debemos conocer?
Does your child have any special health challenges we should know about?

¿Tiene su hijo alguna necesidad dietética religiosa?
Does your child have any religious dietary needs?

Nombre de la madre _____ Edad _____ Nivel de educación _____
Mother's name Age Education

Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Phone Home Cell Work

Nombre del padre _____ Edad _____ Nivel de educación _____
Father's name Age Education

Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Phone Home Cell Work

Nombre de la niñera/guardería _____
Sitter's/Day Care Name

Dirección _____
Address

Teléfono _____
Phone

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

ENTREGA DEL ESTUDIANTE CHILD RELEASE FORM

Indique los nombres de las personas que pueden recoger a su hijo a la hora de salida si no puede hacerlo usted mismo. No le entregaremos su hijo a ninguna persona no autorizada. A las personas que recojan a su hijo se les puede pedir que muestren una identificación.

Por la presente le doy al personal de _____ Pre K
(nombre de la escuela)

permiso para entregar a mi hijo _____ a la(s) siguiente(s)
(nombre del niño)
persona(s).

X _____
Firma del padre

Fecha

Escriba en letra de imprenta los nombres de las personas autorizadas:

Nombre Name	Número de teléfono Phone Number	Relación con el niño Relationship to child
		Padre/Madre (parent)
		Padre/Madre (parent)

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten
DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form
TROY CITY SCHOOL DISTRICT

PERMISO DE VIAJE A PIE
WALKING TRIP PERMISSION SLIP

Deseo que mi hijo _____ vaya con el Prekindergarten en
(nombre del niño)
todos los viajes a pie que la clase puede realizar desde el 20 de septiembre hasta el 20 de junio.

Seré responsable de sus acciones mientras la clase esté haciendo el viaje.

X _____

Firma del padre

Fecha

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

Consentimiento de los padres para divulgar información
Formulario de autorización médica

Parent Consent to Release Information Medical Authorization Form

A quien corresponda:

Con respecto a mi (Hijo/Hija): _____

Yo, _____, por la presente autorizo a cualquier médico o enfermera

que ha asistido, examinado o tratado a mi hijo para proporcionar a sus maestros o personal

pertinente con quien (él / ella) tiene contacto diario, con toda la información que pueda ser

necesaria con respecto a (su) condición física pasada o presente y el tratamiento brindado, por lo

tanto, para asegurar que dicho personal escolar tenga pleno conocimiento de su condición y para

salvaguardar su salud y seguridad.

Fecha

X

Firma del padre / tutor

Nombre en letra imprenta



Cuestionario de Idioma del Hogar (“HLQ” por sus siglas en inglés)

*Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones “Conocimientos de idiomas” e “Historial educativo”. Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.*

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante
CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR		

Conocimientos de idiomas		
<i>(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)</i>		
1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div>	<input type="checkbox"/> Padre _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es) _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div>	
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No sabe hablar <div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div>
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No sabe leer <div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div>
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No sabe escribir <div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div>

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. <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>Sí* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/></p> </div> <p>* En caso afirmativo, por favor explique: _____</p> </div>
¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave
10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* * Por favor, llene 10b.
10b. <i>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación.</i> ¿ha <u>recibido</u> su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____
Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables): <input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial) <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial)
10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (*IEP* por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.) _____ _____
12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

Mes: _____ Día: _____ Año: _____
Date

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal
 Relación con el estudiante: Madre Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ <small>MO DAY YR.</small>	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ <small>MO DAY YR.</small>	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

ENCUESTA DEL HOGAR HOUSEHOLD SURVEY

Número de personas que viven en el hogar _____
Number of people living in the household

Hogar monoparental _____ sí _____ no
Single Parent Household

Hijo adoptivo temporal _____ sí _____ no
Foster Child

Hogar que no habla inglés _____ sí _____ no
Non-English Speaking Household

Vivienda temporal _____ sí _____ no
Temporary Housing

Padre/tutor que trabaja _____ sí _____ no
Parent/Guardian Working

En caso afirmativo, ubicación y horas de trabajo:
If yes, location and hours of work:

Padre/tutor #1 _____

Padre/tutor #2 _____

Padre/tutor estudia _____ Sí _____ No
Parent/Guardian attending school

Padre/tutor recibe beneficios de desempleo _____ Sí _____ No
Parent/Guardian on Unemployment

¿Su niño está cubierto por Medicaid? _____ Sí _____ No
Is your child covered by Medicaid

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

PRUEBAS DE DESARROLLO DEVELOPMENTAL SCREENINGS

Una agencia fuera del distrito puede ayudar con las evaluaciones del desarrollo para los salones de pre kínder del distrito escolar de la ciudad de Troy. La evaluación es una evaluación informal para identificar posibles retrasos en el desarrollo (habla, motor, educativo y de conducta.) Cada niño es visto individualmente por un maestro, un terapeuta del habla o un terapeuta motor. Si existe alguna inquietud, se puede recomendar una evaluación formal. Firme y coloque la fecha a continuación para que una agencia externa aprobada lo ayude con la evaluación de su hijo.

Nombre del niño: _____

Child's Name

Fecha de nacimiento del niño: _____

Child's date of birth

Género del niño: Masculino o femenino (marque con un círculo)

Child's Gender: Male or Female

Nombre del padre(s): _____

Parent(s) Name

Número de teléfono: _____

Telephone Number

Doy permiso para que mi hijo, _____, reciba una evaluación del desarrollo de un distrito fuera del distrito proveedor.

X _____

Firma del padre o tutor
Parent or Guardian Signature

Fecha
Date

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten
DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form
TROY CITY SCHOOL DISTRICT

Hoja de información
Information Sheet

¿Cómo desea que se llame a su hijo en la escuela? _____
What do you want your child to be called at school?

Cumpleaños del niño (M/D/A): _____
Child's birthday (M/D/Y)

Nombre del padre/tutor: _____
Parent/Guardian Name(s)

Hermanos del niño (esto nos ayudará a deletrear sus nombres en su obra de arte):
Child's Siblings (this will help us spell their names on their artwork):

Mascotas de la familia: _____
Family Pets

Dirección de correo electrónico: _____
Email Address

Alergias del niño (por favor incluyen alergias a alimentos, animales u otras):
Child's Allergies (please include food, animal or other allergies):

¿Cuáles son las meriendas favoritas de su hijo?
What are your child's favorite snack foods?

¿Cuáles son los intereses de su hijo?
What are your child's interests?

¿Qué actividades le gusta hacer a su hijo?
What activities does your child like to do?

¿Qué es lo que le disgusta a su hijo (comida, actividades, otros)?
What are your child's dislikes (food, activities, other)?

¿Algo más que le gustaría contarnos sobre su hijo?
Anything else you would like to tell us about your child?

2021-22 School Year

Return form to your school
ONLY IF YOU OBJECT
to your child's photo being
published.

FORMULARIO PARA NO DIVULGAR IMÁGENES DEL ESTUDIANTE DO NOT RELEASE MEDIA FORM

Complete este formulario solo si se OPONE al uso de la fotografía o video de su hijo.

Se pueden usar fotografías y videos de nuestros estudiantes para promover programas y actividades en materiales impresos y en línea.

Escuela _____
School

Grado: _____
Grade

Nombre del niño: _____
Child's Name

Dirección: _____
Address

Firma del padre / tutor: _____
Parent/Guardian Signature

NO PUBLICAR:

NO deseo que la fotografía de mi hijo aparezca en línea en los sitios del Distrito o en el boletín impreso del Distrito.

NO PUBLICAR:

NO deseo que mi hijo sea fotografiado o grabado por una agencia externa (como periódicos o medios de televisión).

SOLO SI SE OPONE a la divulgación de la fotografía de su hijo.

REQUISITO DE EXAMEN FÍSICO PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENT

Estimado padre/tutor:

La ley de educación del estado de Nueva York **requiere** que todos los niños que asisten a la escuela en el estado de Nueva York tengan un examen físico en los siguientes niveles de grado: **Pre-K, Kindergarten, 1^{er} grado, 3^{er} grado, 5^{to} grado, 7^o grado, 9^o grado y 11^o grado, y todos los estudiantes nuevos que están entrando en el distrito escolar de la ciudad de Troy.**

Como parte de la educación de su hijo y en reconocimiento de una práctica de salud deseable, sus proveedores de atención médica continúan alentando el examen anual de salud. El examinador que esté familiarizado con el historial médico de su hijo puede realizar un examen físico más completo. Ellos pueden aconsejarle de inmediato sobre cualquier condición que pueda encontrar.

Si su hijo ha tenido un examen físico en el último año o si planea que su hijo sea examinado por su propio médico, haga que el médico complete el Certificado de Salud y lo devuelva a la escuela.

Cuando solicitemos que su hijo tenga un examen físico, también solicitaremos un certificado dental. Hay un certificado de muestra disponible para que lo lleve al dentista de su hijo. Una vez que esté completo, debe devolverse a la enfermera de la escuela, ya que se archivará en el Registro de salud acumulativo de su hijo.

Llame a la oficina de salud de la escuela si tiene alguna pregunta o inquietud.

Gracias por su cooperación en este esfuerzo de salud.

Devuelva el formulario completo a la Oficina de Salud de la escuela de su hijo.

Carroll Hill

Teléfono 328-5720
Fax 274-4587

School 16

Teléfono 328-5120
Fax 274-4585

School 12

Hogar 328-5025
Fax 203-6874

Pre-K

Teléfono 328-5012
Fax 271-7692

School 18

Teléfono 328-5520
Fax 274-4374

School 14

Teléfono 328-5825
Fax 274-0371

School 2

Teléfono 328-5620
Fax 271-5205

Troy Middle School

Teléfono 328-5323
Fax 271-5175

Troy High School

Teléfono 328-5425
Fax 271-5174

DENTAL HEALTH CERTIFICATE - OPTIONAL

DENTAL CERTIFICADO DE SALUD - OPCIONAL

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, K, 2, 4, 7, & 10. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name: Last		First	Middle
Birth Date: / / Month Day Year	Sex: Male Female	Will this be your child's first visit to a dentist? Yes No	

School Name:	Grade
--------------	-------

Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? Yes No

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature X _____ Date _____

Section 2. To be completed by the Dentist

I. The Dental Health condition of _____ on _____ (date of exam) The date of the exam needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's name and address (please print or stamp) Dentist's Signature

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.

II. Oral Health Status (check all that apply).

Yes No **Caries Experience/Restoration History** – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].

Yes No **Untreated Caries** – Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].

Yes No **Dental Sealants Present**

Other problems (Specify): _____

III. Treatment Needs (check all that apply)

No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.

May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.

Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.

INSERT UPDATED HEALTH FORM PAGE 1

INSERT UPDATED HEALTH FORM PAGE 2

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
CONSENT TO ADMINISTER MEDICATION

Estimado padre/tutor:

A continuación se enumeran los medicamentos que estarán disponibles en la Oficina de Salud de su escuela. Debido a las regulaciones del Departamento de Educación del Estado de Nueva York, los siguientes medicamentos solo se administrarán con la orden por escrito de su proveedor de atención médica y su permiso por escrito.

Pídale a su proveedor de atención médica que verifique los medicamentos adecuados para su hijo. Solo se permite un estudiante por formulario. Cada estudiante debe tener esta orden de medicamento individual en el archivo. Por favor devuelva el formulario completado y firmado a la Oficina de Salud de su escuela.

A list of medications, which will be available in your school's Health Office, are listed below. Due to New York State Education Department regulations, the following medications will only be administered with your health care provider's written order and your written permission.

Please have your health care provider check the medications appropriate for your child. Only one student per form is allowed. Each student must have this individual medication order on file. Please return the signed completed form to the Health Office of your school.

	<u>Comentarios</u>
_____ Acetaminofén - 325 mg - alivio del dolor Acetaminophen – 325 mg – pain relief	_____
_____ Acetaminofén - 80 mg - líquido / masticable-dolor Acetaminophen – 80 mg – liquid/chewable-pain	_____
_____ Antiácido - líquido - alivio del malestar estomacal Antacid – liquid - relief of upset stomach	_____
_____ Hidrocortisona crema tópica 1% Hydrocortisone topical cream 1%	_____
_____ Benadryl Crema Benadryl Cream	_____
_____ Benzolkonium- solución antiséptica Benzolkonium-antiseptic solution	_____
_____ Calamina: alivia la picazón	_____

Calamine – relieves itching

_____ **Orajel: alivio del dolor oral** _____

Orajel – oral pain relief

_____ **Loción y pomada de vaselina** _____

Vaseline Lotion and Ointment

Nombre del estudiante _____ **Fecha de nacimiento** _____
Name Date of birth

Escuela _____ **Grado** _____
School Grade

PHYSICIAN SIGNS HERE - FIRMA DEL MÉDICO

Health Care Provider's Signature _____ **Phone#** _____
Date _____

FIRMA DEL PADRE AQUÍ

Firma del padre/tutor _____ **Teléfono** _____
Fecha _____

Pupil Personnel Services

Donna Fitzgerald, Director

475 First Street
Troy, New York 12180

(518) 328-5006 Director's Office
(518) 328-5075 Main Office
(518) 279-7600 Fax

Estimados padres / tutores:

El distrito escolar ampliado de la ciudad de Troy provee servicios y programas de educación especial para estudiantes con discapacidades de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables. Cualquier padre o persona en relación con los padres que sospeche que su hijo tiene una discapacidad puede derivar al niño para una evaluación por parte del Comité de Educación Especial del Distrito (CSE) para determinar su elegibilidad para los servicios y programas de educación especial. Información más detallada sobre este proceso está disponible en *A Parent's Guide to Special Education*, que se publica en el sitio web del Departamento de Educación del Estado de Nueva York en inglés y español.

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

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

Los padres o personas en relación con los padres deben comunicarse con la Directora de Servicios de Personal para Alumnos del Distrito, Donna Fitzgerald, en la escuela 12 475- First Street Troy, NY 12180 o llamando al 328-5075.