

Lista de verificación de registro para K - 12

¡Bienvenidos a las escuelas de Troy!

Complete un paquete de registro para cada estudiante que esté registrando. Una vez que haya completado el Paquete de Registro, envíe el paquete y los documentos requeridos, que se indican a continuación, al Departamento de Registro Central.

Puede enviar el paquete y los documentos de cualquiera de los siguientes métodos:

- Envíe el paquete y los documentos por correo electrónico a reg@troycsd.org
Tenga en cuenta que los documentos deben ser claros y fáciles de leer
- fax al 518-271-5445
- Llame a la oficina de Registro Central (518-328-5007) para programar un horario para dejar el paquete y los documentos en el vestíbulo de la Escuela 12 ubicado en 475 First Street
- Envíe los paquetes y documentos a:
Troy City School District
School 12 Central Registration
475 First Street
Troy, NY 12180

Verificación de documentos requeridos

- (1) Certificado de salud firmado por un médico
- (2) Registro de vacunas actualizado
- (3) Certificado de nacimiento
- (4) Comprobante de residencia (se debe proporcionar uno de los siguientes)
 - Factura de servicios públicos o depósito (fechado 30 días antes del registro)
 - Contrato de arrendamiento o alquiler
 - Declaración de hipoteca
 - Comprobante de residencia

Solo se aplica si el padre vive en una vivienda que no arrienda ni posee a su nombre. La declaración jurada se puede encontrar en <https://www.troycsd.org/district-services/registration/>

- (5) Identificación con foto del padre/tutor
- (6) Certificado de salud dental (opcional)

El registro de su hijo/a no estará completo a menos que haya recibido la verificación del Departamento de Registro Central.

¿Preguntas? Comuníquese con Registro Central al 518-328-5007
Número de fax 518-271-5445
Correo electrónico: reg@troycsd.org

Intérprete de español: Loreley Noonan 518-416-6343

ESCUELAS DE TROY

Elementary Schools

School 2 – 470 Tenth Street
School 14 – 1700 Tibbits Avenue
School 16 – 40 Collins Avenue
School 18 -412 Hoosick Street
Carroll Hill School – 112 Delaware Avenue

Troy Middle School

1976 Burdett Avenue

Troy High School

1950 Burdett Avenue

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 imprenta

X _____
Firma del padre/tutor o estudiante

Fecha

FORMULARIO DE REGISTRO DEL ESTUDIANTE STUDENT REGISTRATION FORM

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

_____/_____/_____
Nombre (First) Segundo Nombre (Middle) Apellido (Last)

Apellido del padre/tutor con quien vive el estudiante: _____
(Last Name of Parent/Guardian with whom student is living)

Dirección (Address):

_____/_____/_____
Calle Apt/Piso Ciudad NY Código postal

Número de teléfono del hogar: _____ ¿Es este un teléfono celular?: ☐ Sí ☐ No
(Household Phone Number) (Is this a cell phone)

¿Qué idioma se habla en el hogar del estudiante: _____ ¿Se necesitan servicios de traducción?: ☐ Sí ☐ No
(What language is spoken in the student's home) Are translation services needed

Etnia: ¿El estudiante es hispano, latino o de origen español? ☐ Sí, hispano ☐ No, no hispano
(Ethnicity: Is the student Hispanic, Latino, or of Spanish origin?)

Raza: seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales
(Race: Select one or more races from the following five racial groups)

☐ Negro ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ indio americano o nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
Black White Asian American Indian or Alaska Native Native Hawaiian or other Pacific Islander

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ¿Qué idioma habla y comprende más el estudiante?:

Gender Male Female (What language does the student speak and understand the most)

Fecha de nacimiento: ____/____/_____
(Date of birth)

Lugar de nacimiento: _____
(Place of birth) Ciudad (City) Estado (State) País (Country)

¿Ha asistido el estudiante anteriormente a una escuela en Troy? ☐ Sí ☐ No
(Has the student previously attended a school in Troy)

Si es así, a qué escuela (If yes, what school)_____

Grado (Registering for Grade): _____

¿Ha asistido a la escuela de los estudiantes en los EE.UU.? (Has the student attended school in the USA):

▲ Sí ▲ No En caso afirmativo, número de años de matriculación en escuelas de EE.UU.: _____
Yes No (If yes, number of years enrolled in US schools)

¿Tiene el estudiante un padre / tutor en servicio activo en las Fuerzas Armadas? ▲ Sí ▲ No
Does the student have a parent/guardian on active duty in the Armed Forces?)

Solo para uso de oficina - POR FAVOR NO LLENAR

☐ NCLB ☐ SP ☐ Summer Serv

Date: ____/____/____

ID: _____

Home School: _____ School Enrolled:

Documents provided to the district:

- ☐ Photo ID
- ☐ Proof of Residency
 - ☐ National Grid Bill
 - ☐ Lease
 - ☐ Notarized Landlord Letter
- ☐ Emp ID
 - ☐ Mortgage Statement
 - ☐ Other _____
 - ☐ MCKINNEY-VENTO

- ☐ Birth Certificate ☐ Passport
- ☐ Court Papers
 - ☐ DSS 299-District _____
 - ☐ Custody
 - ▲ Parent/Custodial Affidavits
 - ☐ Adoption

Enrollment Exceptions:

- ☐ Wynantskill student ☐ Permission Rcvd
- ☐ N. Greenbush student ☐ Permission Rcvd
- ☐ Employee's child – District _____

- ☐ Foreign Exchange
 - ☐ Tuition Paying – District _____

- ☐ Lunch Form Completed
- ☐ Network Form
- ☐ Immunization ☐ 14 Day Letter
- ☐ Religious Exemption
- ☐ Physical
- ☐ Dental certificate

Información del padre / tutor (Parent/Guardian Information)

Madre/tutor (Mother/ Guardian) :

_____/_____/_____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Parentesco con el niño (Relationship to child) ☐ Madre (Mother) ☐ Madrastra (stepmother) ☐ Tutor legal (legal guardian) ☐ Madre de crianza/sustituto (foster parent) ☐ Otro _____

Reside en el hogar ☐ Sí ☐ No Madre con custodia ☐ Sí ☐ No Recibirá correspondencia ☐ Sí ☐ No
(Resides at home) (Custodial parent) (Can receive correspondence)

Dirección postal si es diferente a la anterior (Mailing Address if different from above):

_____/_____/_____
Calle Apt / Piso Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa (Home Phone): (_____) _____

Teléfono del trabajo (Work Phone): (_____) _____

Teléfono celular (Cell Phone): (_____) _____

Dirección de correo electrónico (email): _____

Prioridad de llamada telefónica (Call priority) (1-3):

Casa (Home)_____ Trabajo (Work)_____ Celular (Cell) _____

Padre/Tutor (Father/Guardian):

_____/_____/_____
Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Parentesco con el niño (Relationship to child): ☐ Padre (father) ☐ Padrastro (stepfather) ☐ Tutor legal (legal guardian) ☐ Padre sustituto (foster parent) ☐ Otro _____

Reside en el hogar ☐ Sí ☐ No Padre con custodia ☐ Sí ☐ No Recibirá correspondencia ☐ Sí ☐ No
(Resides at home) (Custodial parent) (Can receive correspondence)

Dirección postal si es diferente a la anterior (Mailing Address if different from above):

_____/_____/_____
Calle Apt / Piso Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa (Home Phone): (_____) _____

Teléfono del trabajo (Work Phone): (_____) _____

Teléfono celular (Cell Phone): (_____) _____

Dirección de correo electrónico (email): _____

Prioridad de llamada telefónica (Call priority) (1-3):

Casa (Home)_____ Trabajo (Work)_____ Celular (Cell) _____

Otros niños que viven en el Hogar: incluya a los niños que no están en edad escolar
(Other Children Living in the Household – Please include children not of school age)

Nombre (Name): _____

Fecha de nacimiento (DOB): ____ / ____ / ____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino Registrante anterior ☐ Sí ☐ No
(Gender) (Male) (Female) (Past registrant)

Nombre (Name): _____

Fecha de nacimiento (DOB): ____ / ____ / ____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino Registrante anterior ☐ Sí ☐ No
(Gender) (Male) (Female) (Past registrant)

Por favor enumere los nombres de CUALQUIER y TODAS las personas que el Distrito Escolar de la Ciudad de Troy tiene permitido contactar o entregar a su hijo en caso de una emergencia, incluyendo enfermedad, lesión grave, salida anticipada de la escuela o una emergencia de evacuación.

(Please list the names of ANY and ALL persons Troy City School District is allowed to contact or release your child to in case of an emergency, including illness, serious injury, early dismissal of school or an evacuation emergency.)

Contacto de emergencia 1 (Emergency contact 1):

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
(Name) (Relationship to student) ***Aparte del padre / tutor***

Teléfono de la casa (home phone): (____) _____

Teléfono del trabajo (work phone): (____) _____ Teléfono celular (cell phone): (____) _____

Dirección (Address): _____

Contacto de emergencia 2 (Emergency contact 2):

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
(Name) (Relationship to student) ***Aparte del padre / tutor***

Teléfono de la casa (home phone): (____) _____

Teléfono del trabajo (work phone): (____) _____ Teléfono celular (cell phone): (____) _____

Dirección (Address): _____

Contacto de emergencia 3 (Emergency contact 3):

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
(Name) (Relationship to student) ***Aparte del padre / tutor***

Teléfono de la casa (home phone): (____) _____

Teléfono del trabajo (work phone): (____) _____

Teléfono celular (cell phone): (____) _____

Dirección (Address): _____

Contactos de emergencia adicionales (Additional Emergency Contacts):

Información legal (si corresponde)

Legal Information (If Applicable)

Si los padres están divorciados o separados, ¿hay un documento de custodia aprobado por la corte?
If parents are divorced or separated, is there a court approved custody document? ☐ Sí ☐ No

¿Quién conserva la custodia legal? _____
(Who retains legal custody?)

Relación con el niño (Relationship to child) _____

Si es conjunto, ¿quién tiene la custodia residencial (física primaria)? _____
If joint, who has residential (primary physical) custody?

☐ Documento de tutela legal proporcionado
(Legal guardianship document provided)

¿Está el estudiante bajo el cuidado de un tutor que no sea su madre o su padre?
(Is the student in the care of a guardian(s) other than his/her mother or father?)

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, nombre del tutor legal (name of legal guardian) _____
Relación con el niño (relationship to child) _____

¿Está el estudiante en cuidado de crianza/sustituto? Is the student in foster care? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione una copia de la orden de colocación (DSS-2999)

Servicios adicionales (si corresponde)

Additional Services (If Applicable)

Servicios de educación especial (Special Education Services)

¿El estudiante tiene actualmente un IEP (Plan de educación individualizado)? ☐ Sí ☐ No
Does the student currently have an IEP (Individualized Education Plan)

¿Su hijo recibe alguno de los siguiente tipo de servicios?

Does your child receive any of the following type of services?

☐ Maestro consultor (Consultant Teacher) ☐ Salón de clases autónomo (Self-Contained Classroom) ☐ Salón de recursos (Resource Room)

☐ Clase fuera del distrito (BOCES o QUESTAR) Out of District Class (BOCES or QUESTAR)
☐ Sí ☐ No

Servicios relacionados (Related Services)

☐ Terapia del habla y del lenguaje (Speech and Language Therapy)

☐ Terapia ocupacional (Occupational Therapy)

☐ Terapia física (Physical Therapy)

☐ Consejería (Counseling)

☐ Otro, por favor describa (Other, please describe) _____

Otros servicios (Other Services)

☐ Plan 504 (504 Plan)



➤ Inglés como nuevo idioma (ENL) En caso afirmativo, ¿cuántos años de servicio? _____
English as a New Language (ENL) If yes, how many years of service?
➤ Otro (other) _____

Si su hijo requiere educación especial o servicios de inglés como nuevo idioma, es posible que no asista a la escuela que le corresponde. Si es posible, ¿desea que los hermanos asistan a la misma escuela?

(If your child requires special education or English as a new language services, he or she may not be attending their home school. If it is feasible, do you wish for siblings to attend the same school?)

➤ SÍ ➤ NO

SI SE INSCRIBE PARA PREK -¿Su hijo recibirá o recibirá servicio de verano este año? ➤ SÍ ➤ No

(IF REGISTERING FOR PREK –Is or will your child be receiving Summer Service this year)

Otra información

¿Se ha mudado la familia en los últimos 3 años para obtener un empleo migratorio? ➤ SÍ ➤ No
(Has the family moved within the past 3 years to obtain migratory employment?)

*En caso afirmativo, complete el Formulario de Educación Migrante que se encuentra al final del paquete.

Declaración de los padres: (Parent Statement)

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Cualquier información errónea con respecto a la residencia puede resultar en una factura para cubrir el costo de la instrucción y/o la exclusión de asistir al Distrito Escolar de la Ciudad de Troy.

(I certify that the above information is true and correct. Any misinformation regarding residency may result in being billed to cover the cost of instruction and/or exclusion from attending the Troy City School District.)

Firma del padre o tutor X _____ Fecha _____

SOLICITUD DE REGISTROS - REQUEST FOR RECORDS

Doy permiso para la divulgación de información sobre mi hijo/a
I give permission for the release of information concerning my child:

Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Student Grade Date of Birth

Nombre del distrito anterior: _____ Ciudad: _____
Name of former district City
Estado (State): _____

Nombre de la escuela anterior: _____ Teléfono: _____
Name of former school Phone number

Dirección: _____ Fax: _____
Address

Firma del padre / tutor X _____ **Fecha:** _____

Office Use Only Solo para uso de oficina **REQUEST FOR RECORDS**

Please send records to:

DATE SENT: ____/____/____

✓	SCHOOL	ADDRESS	PHONE/FAX	CONTACT
	Troy High School	1950 Burdett Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5472 F: (518) 271-5164	Guidance Office
	Troy Middle School	1976 Burdett Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5365 F: (518) 271-5492	Guidance Office
	Carroll Hill School	112 Delaware Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5701 F: (518) 274-4587	Kate Talham
	School 2	470 Tenth Street Troy, NY 12180	P: (518) 328-5601 F: (518) 271-5205	Nickole Farnan
	School 14	1700 Tibbits Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5801 F: (518) 274-0371	Kristen Buffington
	School 16	40 Collins Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5101 F: (518) 274-4585	Tammie Hayner
	School 18	412 Hoosick Street Troy, NY 12180	P: (518) 328-5501 F: (518) 274-4374	Emily Ruffinen
	Central Registration	School 12 475 First St. Troy, NY 12180	P: (518) 328-5007 F: (518) 271-5445	Central Registration Office
	Special Education Department	School 12 475 First St. Troy, NY 12180	P: (518) 328-5075 F: (518) 279-7600	Pupil Services Office

Items Requested:

- Transcripts
- Current Report Cards
- Standardized Test Scores
- Regents Competency Test (RCT) Results
- NYS Regents Scores
- NYS Regents Science Labs
- Birth Certificate
- NYS Proficiency Scores
- Cumulative Health Records/Immunizations
- Attendance Records
- Psychological Evaluations
- Disciplinary Records
- NYS _____ Grade Test Results
- Special Education Records, including most recent IEP

Thank you for your prompt attention to this matter.

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

ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

SCHOOL HEALTH SERVICES SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

Fecha de entrada _____ Grado _____ Escuela _____ Sexo _____
Entering date _____ Grade _____ School _____ Sex _____

Nombre del estudiante _____ Dirección _____
Student name _____ Address _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____
DOB _____ Place of birth _____

Nombre de la madre _____ Dirección (si es diferente) _____
Mother's name _____ Address (if different) _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
Home phone number _____ Cell phone number _____

Lugar de empleo _____ Teléfono _____
Place of employment _____ Phone number _____

Nombre del padre _____ Dirección (si es diferente) _____
Father's name _____ Address (if different) _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
Home phone number _____ Cell phone number _____

Lugar de empleo _____ Teléfono _____
Place of employment _____ Phone number _____

Nombre del tutor/padrastro/madrastra _____ Dirección (si es diferente) _____
Guardian/step parent name _____ Address (if different) _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
Home phone number _____ Cell phone number _____

Lugar de empleo _____ Teléfono _____
Place of employment _____ Phone number _____

Las respuestas a las preguntas en este formulario se mantendrán en la Oficina de Salud Escolar y se mantendrán confidenciales.

¿Alguna vez su hijo ha tenido lo siguiente? Explique con la fecha de inicio, cualquier respuesta afirmativa.

¿Alguna vez su hijo ha tenido lo siguiente?	N	S	Explique con fecha/medicamento	¿Alguna vez su hijo ha tenido lo siguiente?	N	S	Explique con fecha/medicamento
ALERGIAS/ALLERGIES				Anemia/trastorno hemorrágico Anemia/Bleeding Disorder			
Alimentos / food				células falciformes Sickle Cell			
Abejas / bees				Infecciones crónicas del oído Chronic Ear Infections			
Ambiental/environmental				Pérdida auditiva Hearing Loss			
Medicamentos/medication				Audífonos Hearing Aid			
Eczema				Preocupaciones por el habla Speech Concerns			
Asma/asthma				Problemas de la vista (anteojos, lentes de contacto) Vision Problems (Glasses, Contacts)			
TDAH/ADD - ADHD/ADD				Pérdida de la visión Loss of Vision			
Preocupaciones de Comportamiento/ behavior concerns				Condición de la vejiga/riñón Bladder/Kidney Condition			
Diabetes				Ausencia de riñón Absence Kidney			
Trastorno de convulsiones renales (epilepsia)/Seizure Disorder (Epilepsy)				Ausencia de testículo Absence of Testicle			

Soplo cardíaco/Heart Murmur				Arthritis Artritis			
Condición cardíaca/cirugía Cardiac Condition/Surgery				Fracturas Fractures			
Presión arterial alta/baja High/low blood pressure				Escoliosis Scoliosis			
Desmayo durante el ejercicio/fainting during exercise				Varicela/Fecha Chicken Pox/Date			
Lesión en la cabeza/head injury				Cirugía (amígdalas, hernia) Surgery (Tonsils, Hernia)			
Migraña Dolores de cabeza/migraine headaches				Bajo atención médica actual Under Current Medical Care			

Indique cualquier problema médico especial o lesiones graves o restricciones en la clase de gimnasia
List any special medical problems or serious injuries or gym restrictions

Firma del padre/tutor_____

Fecha _____

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

☐ Masculino

☐ Femenino

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL

Apellido Primer Nombre Relación con el estudiante

CÓDIGO DEL
IDIOMA DEL HOGAR

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	☐ Inglés	☐ Otro	especifique
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	☐ Inglés	☐ Otro	especifique
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	☐ Madre	☐ Padre	especifique especifique
	☐ Tutor(es)		especifique
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro	especifique
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro	especifique ☐ No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro	especifique ☐ No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro	especifique ☐ No sabe escribir

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo	
8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____	
9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.	
Sí* No No se sabe ☐ ☐ ☐	* En caso afirmativo, por favor explique: _____
¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ☐ Poca gravedad ☐ Algo grave ☐ Muy grave	
10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? ☐ No ☐ Sí* * Por favor, llene 10b.	
10b. <u>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?</u>	
☐ No ☐ Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____	
Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):	
☐ De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) ☐ 3 a 5 años (Educación Especial) ☐ 6 años o mayor (Educación Especial)	
10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? ☐ No ☐ Sí	
11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)	
12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____	

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal

Relación con el estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otra: _____

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Date

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
If an interpreter is provided, list name, position and credentials:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: ☐ No ☐ Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ MO. DAY YR.	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: ☐ ADMINISTER NYSITELL ☐ ENGLISH PROFICIENT ☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ MO. DAY YR.	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ☐ ENTERING ☐ EMERGING ☐ TRANSITIONING ☐ EXPANDING ☐ COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

**NETWORK COMPUTING AND
INTERNET SAFETY POLICY 4526**

**PÓLIZA DE INFORMÁTICA DE RED Y
SEGURIDAD DE INTERNET 4526**

RECONOCIMIENTO DEL USUARIO

Después de leer la Política de Informática de Red y Seguridad de Internet, escriba su nombre en letra de imprenta y firme a continuación reconociendo que acepta la Política 4526 y sus términos. Se le entregará una copia con su identificación de usuario y contraseña cuando firme.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

EDIFICIO/ESCUELA: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO: _____

FIRMA DEL USUARIO: _____

FIRMA DEL PADRE: X _____

FECHA: _____

.....

DIRECTOR/SUPERVISOR (letra de imprenta): _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DIRECTOR/SUPERVISOR: _____

FECHA: _____

.....

ELIMINAR LA PÁGINA DE RECONOCIMIENTO Y

GUARDAR PORCIÓN DE LA POLÍTICA PARA SUS REGISTROS.

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.

INSERTAR CERTIFICADO DE SALUD

PÁGINA 1

INSERTAR CERTIFICADO DE SALUD
PÁGINA 2

Paul Reinisch, Coordinador
Salud, Educación Física
Recreación, Atletismo y Seguridad
(518) 328-5417
IG Racela, MD, Oficial Médico
(518) 328-5425

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.

Comentarios

_____ **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 t3pica 1%	_____
	Hydrocortisone topical cream 1%	
_____	Benadryl Crema	_____
	Benadryl Cream	
_____	Benzalkonium- soluci3n antis3ptica	_____
	Benzalkonium-antiseptic solution	
_____	Calamina: alivia la picaz3n	_____
	Calamine – relieves itching	
_____	Orajel: alivio del dolor oral	_____
	Orajel – oral pain relief	
_____	Loci3n 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 M3DICO

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

FIRMA DEL PADRE AQUÍ

Firma del padre/tutor _____ **Tel3fono** _____
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.