

## **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](mailto: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](mailto: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<br>Last | Nombre<br>First | Segundo nombre<br>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<br>Troy, NY 12180        | P: (518) 328-5472<br>F: (518) 271-5164 | Guidance Office                |
|   | Troy Middle School              | 1976 Burdett Avenue<br>Troy, NY 12180        | P: (518) 328-5365<br>F: (518) 271-5492 | Guidance Office                |
|   | Carroll Hill School             | 112 Delaware Avenue<br>Troy, NY 12180        | P: (518) 328-5701<br>F: (518) 274-4587 | Kate Talham                    |
|   | School 2                        | 470 Tenth Street<br>Troy, NY 12180           | P: (518) 328-5601<br>F: (518) 271-5205 | Nickole Farnan                 |
|   | School 14                       | 1700 Tibbits Avenue<br>Troy, NY 12180        | P: (518) 328-5801<br>F: (518) 274-0371 | Kristen Buffington             |
|   | School 16                       | 40 Collins Avenue<br>Troy, NY 12180          | P: (518) 328-5101<br>F: (518) 274-4585 | Tammie Hayner                  |
|   | School 18                       | 412 Hoosick Street<br>Troy, NY 12180         | P: (518) 328-5501<br>F: (518) 274-4374 | Emily Ruffinen                 |
|   | Central Registration            | School 12<br>475 First St.<br>Troy, NY 12180 | P: (518) 328-5007<br>F: (518) 271-5445 | Central Registration<br>Office |
|   | Special Education<br>Department | School 12<br>475 First St.<br>Troy, NY 12180 | P: (518) 328-5075<br>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 |
|---------------------------------------------------------------------------|---|---|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--------------------------------|
| <b>ALERGIAS/ALLERGIES</b>                                                 |   |   |                                | Anemia/trastorno hemorrágico<br>Anemia/Bleeding Disorder                                    |   |   |                                |
| Alimentos / food                                                          |   |   |                                | células falciformes<br>Sickle Cell                                                          |   |   |                                |
| Abejas / bees                                                             |   |   |                                | Infecciones crónicas del oído<br>Chronic Ear Infections                                     |   |   |                                |
| Ambiental/environmental                                                   |   |   |                                | Pérdida auditiva<br>Hearing Loss                                                            |   |   |                                |
| Medicamentos/medication                                                   |   |   |                                | Audífonos<br>Hearing Aid                                                                    |   |   |                                |
| Eczema                                                                    |   |   |                                | Preocupaciones por el habla<br>Speech Concerns                                              |   |   |                                |
| Asma/asthma                                                               |   |   |                                | Problemas de la vista (anteojos, lentes de contacto)<br>Vision Problems (Glasses, Contacts) |   |   |                                |
| TDAH/ADD - ADHD/ADD                                                       |   |   |                                | Pérdida de la visión<br>Loss of Vision                                                      |   |   |                                |
| Preocupaciones de Comportamiento/<br>behavior concerns                    |   |   |                                | Condición de la vejiga/riñón<br>Bladder/Kidney Condition                                    |   |   |                                |
| Diabetes                                                                  |   |   |                                | Ausencia de riñón<br>Absence Kidney                                                         |   |   |                                |
| Trastorno de convulsiones renales (epilepsia)/Seizure Disorder (Epilepsy) |   |   |                                | Ausencia de testículo<br>Absence of Testicle                                                |   |   |                                |

|                                                         |  |  |  |                                                           |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------|--|--|--|
| Soplo cardíaco/Heart Murmur                             |  |  |  | Arthritis<br>Artritis                                     |  |  |  |
| Condición cardíaca/cirugía<br>Cardiac Condition/Surgery |  |  |  | Fracturas<br>Fractures                                    |  |  |  |
| Presión arterial alta/baja<br>High/low blood pressure   |  |  |  | Escoliosis<br>Scoliosis                                   |  |  |  |
| Desmayo durante el ejercicio/fainting during exercise   |  |  |  | Varicela/Fecha<br>Chicken Pox/Date                        |  |  |  |
| Lesión en la cabeza/head injury                         |  |  |  | Cirugía (amígdalas, hernia)<br>Surgery (Tonsils, Hernia)  |  |  |  |
| Migraña Dolores de cabeza/migraine headaches            |  |  |  | Bajo atención médica actual<br>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? | <input type="checkbox"/> Inglés    | <input type="checkbox"/> Otro  | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div> <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="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div> <div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div>                                                                                                                                                                                                                           |
| 3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?                  | <input type="checkbox"/> Madre     | <input type="checkbox"/> Padre | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div><div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div></div><div><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div><div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div></div></div> |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> Tutor(es) |                                | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div> <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="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div> <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  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div><div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div></div><div><input type="checkbox"/> No sabe hablar</div></div>                                                                                             |
| 6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?                               | <input type="checkbox"/> Inglés    | <input type="checkbox"/> Otro  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div><div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div></div><div><input type="checkbox"/> No sabe leer</div></div>                                                                                               |
| 7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?                           | <input type="checkbox"/> Inglés    | <input type="checkbox"/> Otro  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div><div style="text-align: right; font-size: small;">especifique</div></div><div><input type="checkbox"/> No sabe escribir</div></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.<br><div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 10px;"> <b>Si*</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>No se sabe</b> <input type="checkbox"/> </div> <div>                     * En caso afirmativo, por favor explique: _____                 </div> </div> <div style="margin-top: 5px;">                     ¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales?                      <input type="checkbox"/> Poca gravedad                      <input type="checkbox"/> Algo grave                      <input type="checkbox"/> Muy grave                 </div> |
| 10a.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si* * Por favor, llene 10b.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 10b.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | *Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?<br><div style="margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____                 </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):<br><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)?<br><i>(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)</i><br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                                                                                                                                                                   |
| <b>**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>MO.</span> <span>DAY</span> <span>YR.</span> </div>  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL<br/> <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT<br/> <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM                         </td> </tr> </table>                                                                                                                                               | OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:        | <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL<br><input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT<br><input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM                        |
| OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL<br><input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT<br><input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |                                                                                                                                                                                   |
| NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                                                                                                                                                                   |
| NAME: _____                                                                                                                                                                        | POSITION: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                                                                                                                                                                   |
| <b>DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>MO.</span> <span>DAY</span> <span>YR.</span> </div> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ENTERING                              <input type="checkbox"/> EMERGING                              <input type="checkbox"/> TRANSITIONING                              <input type="checkbox"/> EXPANDING                              <input type="checkbox"/> COMMANDING                         </td> </tr> </table> | 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 |
| 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:                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                                                                                                                                                                   |

**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<sup>er</sup> grado, 3<sup>er</sup> grado, 5<sup>to</sup> grado, 7<sup>o</sup> grado, 9<sup>o</sup> grado y 11<sup>o</sup> 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:    /    /<br>Month Day Year | Sex:    Male<br>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, Director**  
Health, Physical Education,  
Recreation, Athletics & Safety

**Dr. John O'Bryan**  
Medical Director  
(518) 328-5425

Estimado Padre / Tutor:

Debido a un cambio en 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. A continuación se incluye una lista de medicamentos, que estarán disponibles en la Oficina de Salud de su escuela. Pida a su proveedor de atención médica que verifique los medicamentos apropiados para su hijo.

Solo un alumno por formulario. Cada estudiante debe tener esta orden individual de medicamentos en el archivo. *Por favor devuelva el formulario completo y firmado a la Oficina de Salud de su escuela.*

Dear Parent/Guardian:

Due to a change in 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. A list of medications, which will be available in your school's Health Office, are listed below. Please have your health care provider check the medications appropriate for your child.

Only one student per form. Each student must have this individual medication order on file. *Please return the signed, completed form to the Health Office of your school.*

**Comments/Comentarios**

|                                                      |       |
|------------------------------------------------------|-------|
| _____ Acetaminophen – 325 mg – pain relief           | _____ |
| Acetaminofén – 325 mg – alivio del dolor             |       |
| _____ Acetaminophen – 80 mg – liquid/chewable – pain | _____ |
| Acetaminofén – 80 mg – líquido/masticable – dolor    |       |
| _____ Antacid – liquid – relief of upset stomach     | _____ |
| Antiácido – líquido – alivio del malestar estomacal  |       |
| _____ Bacitracin topical ointment                    | _____ |
| Pomada tópica de bacitracina                         |       |
| _____ Benadryl topical cream                         | _____ |
| Benadryl crema tópica                                |       |
| _____ Benzalkonium – antiseptic solution             | _____ |
| Benzalconio – solución antiséptica                   |       |
| _____ Calamine – relieves itching                    | _____ |
| Calamina – alivia la picazón                         |       |
| _____ Chloraseptic Spray                             | _____ |
| Aerosol cloraseptico                                 |       |

\_\_\_\_\_ Cough Drops (*Middle & High School students only*) \_\_\_\_\_  
Pastillas para la tos(*Solo estudiantes de secundaria y preparatoria*)  
\_\_\_\_\_ Hydrocortisone topical cream 1% \_\_\_\_\_  
Crema tópica de hidrocortisona al 1%  
\_\_\_\_\_ Orajel – oral pain relief \_\_\_\_\_  
Orajel: alivio del dolor oral  
\_\_\_\_\_ Tums (*Middle & High School students only*) \_\_\_\_\_  
Tums(*Solo estudiantes de secundaria y preparatoria*)  
\_\_\_\_\_ Vaseline Lotion and Ointment \_\_\_\_\_  
Loción y ungüento de vaselina

Nombre del estudiante (Student Name) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Date of birth) \_\_\_\_\_

Grado escolar (Grade) \_\_\_\_\_

Health Care Provider's Signature \_\_\_\_\_ *PHYSICIAN SIGNS HERE*  
*signature* *date*

Health Care Provider's Telephone # \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ *PARENT SIGNS HERE*  
Parent/Guardian's Signature *firma* *fecha*

*This form is to be completed by a physician, signed by parent, and returned to the Health Office*

**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.