

Central Registration

475 First Street
Troy, New York 12180
(518) 328-5007

Lista de verificación para Pre Kindergarten (4 años) Solicitantes de inscripción

¡Bienvenidos a las escuelas de Troy!

Atención padre/tutor: Su hijo/a debe tener 4 años para el 1 de diciembre de 2025 para el año escolar 2025-2026.

Por favor, complete un formulario de inscripción para cada niño que esté registrando. Una vez que haya completado el formulario de inscripción, por favor traiga el formulario de inscripción y los documentos requeridos, a continuación, al Departamento de Registro Central (Central Registration Department)

Un padre o tutor debe estar presente con una identificación con foto en la Oficina Central de Registro en School 12, 475 First Street

Horario de inscripción central: 7:30 am a 3:00 pm durante el año escolar. El horario de verano y de vacaciones escolares es de 7:00 am a 2:00 pm.

Lista de 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 (una de las siguientes opciones debe ser proporcionada)
 - Factura o depósito (debe tener una fecha de 30 días antes del registro)
 - Contrato de alquiler/renta
 - Factura de hipoteca
 - Declaración de residencia (Affidavit of residence)
Solo aplica si la madre/el padre vive en una vivienda que no alquilan o poseen a su nombre. La declaración puede ser encontrada en <https://www.troycsd.org/district-services.registration/>
- (5) Identificación con foto del padre/tutor
- (6) Certificado Dental (opcional)

Central Registration

475 First Street
Troy, NeYork 12180
(518) 328-5007

Regulaciones de Nueva York. De acuerdo con las Regulaciones de Prekindergarten revisadas del estado de Nueva York 151-2.6 Requisitos de admisión para niños:

Ningún niño puede participar en el programa de Prekindergarten a menos que:

- (1) Se presente un informe de un examen médico del niño firmado por un médico dentro de los 30 días de la admisión que establezca que el niño está libre de enfermedades contagiosas o transmisibles.
- (2) El niño ha sido inmunizado en la medida apropiada a su edad de acuerdo con la Sección 2164 de la Ley de Salud Pública; o se le ha concedido una exención de dicha inmunización.

Nota: El prekínder universal depende de la financiación de la subvención del Departamento de Educación del Estado de Nueva York para el año escolar 2024-2025. La cantidad de fondos recibidos determina la cantidad de espacios para Pre Kindergarten.

¿Preguntas? Comuníquese con la oficina de Pre Kinder al (518) 328-5012 o

Registro al (518) 328-5007

Fax: (518) 328-5061

Correo electrónico: reg@troycsd.org

Intérprete en español: Loreley Noonan 518-416-6343

ESCUELAS DE TROY

Escuelas de PreKindergarten

School 2 - 470 Tenth Street

School 12 - 475 First Street

Sacred Heart - 308 Spring Avenue

Sunnyside - 9th and Ingalls 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 ☐ No Binario Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Gender Male Female Non Binary Date of birth Mes Día Año

Dirección: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
Address Calle Apartamento Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____

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

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

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

 _____ Nombre del padre/tutor o estudiante, en letra impresa	_____ 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: _____
(What language is spoken in the student's home)

→ ¿Se necesitan servicios de traducción?: ☐ Sí ☐ No
Are translation services needed

¿Qué idioma habla y comprende más el estudiante?: _____
(What language does the student speak and understand the most)

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

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario
Gender Male Female Non Binary

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): _____

Si aplica, ¿cuál fue su fecha de entrada a los EE.UU? ____/____/____

¿Ha asistido a la escuela 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?)

Información del padre / tutor (Parent/Guardian Information)

Madre/tutora (Mother/ Guardian) :

____/____/____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Parentesco con el niño (Relationship to child) ☐ Madre (Mother) ☐ Madrastra (stepmother) ☐ Tutora 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)

Puede recoger al estudiante ☐ Sí ☐ No
(Child Pick Up)

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): (____) _____

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

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

Dirección de correo electrónico (email): _____

Tipo de correo electrónico Trabajo _____ Personal _____
Work Personal

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)

Puede recoger al estudiante ☐ Sí ☐ No
(Child Pick Up)

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): (____) _____

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

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

Dirección de correo electrónico (email): _____

Tipo de correo electrónico Trabajo _____ Personal _____
Work Personal

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 ☐ No Binario
(Gender) (Male) (Female) (Non-binary)

Registrante anterior ☐ Sí ☐ No
(Past registrant)

Nombre (Name): _____

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

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario
(Gender) (Male) (Female) (Non-binary)

Registrante anterior ☐ Sí ☐ No
(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:

Responda sólo si el estudiante se reubicó debido a un desastre natural, civil o de salud.

Marque una de las casillas a continuación e indique el nombre de la crisis o desastre que provocó la reubicación del estudiante:

- ☐ Desastre natural (huracán, tormenta tropical, tornado, incendio forestal, deslizamiento de tierra, tsunami, sumidero)
- ☐ Desastre civil (guerra [asilado, refugiado], incendios, accidentes industriales)
- ☐ Salud (pandemias y/o epidemias)
- ☐ Otro: _____

Nombre de la crisis o desastre: _____

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 siguientes tipos 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) _____

Servicios de intervención académica (AIS) Academic Intervention Services (AIS/Remedial)

- ☐ Matemáticas ☐ Artes del lenguaje inglés ☐ Ciencias naturales ☐ Ciencias sociales
Math ELA Science Social Studies

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?

☐ SÍ ☐ NO

(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?)

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** _____

Todos los documentos deben ser devueltos a:
Troy City School District Central Registration Office
School 12 475 First St., Troy, NY 12180
Phone: (518) 328-5007 Fax: (518) 328-5061

Formulario de registro del estudiante de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

STUDENT REGISTRATION FORM

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

Expectativas de asistencia Attendance Expectations

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

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

X

Firma del padre / tutor

Fecha

Selection Criteria - Criterios de selección

La aceptación en el programa de Prekindergarten de 4 años para el Distrito Escolar de la ciudad de Troy se basa en la necesidad. Por favor marque cada elemento que se relacione con su hijo.

Criterios de selección		
Distrito Escolar de Troy - Pre-K de 4 años		
✓	Criterio	Puntos
	4 años antes del 1 de diciembre de 2025 4 years old by December 1, 2025	10
	Ambos padres empleados a tiempo completo Both parents employed full time	20
	Violencia doméstica Domestic Violence	25
	Abuso de drogas o alcohol Drug or Alcohol Abuse	10
	Hijo adoptivo Foster Child	50
	Personas sin hogar Homeless	100
	Problema médico Medical issue	15
	Recibe Servicios de Educación Especial Receives Special Ed. Services	20
	Padre encarcelado Parent Incarcerated	10
	Padre que asiste a la universidad Parent attending college	15
	Padre que asiste a la escuela secundaria Parent attending High School	20
	El padre está buscando empleo activamente Parent is actively seeking employment	15
	El padre está empleado a tiempo completo Parent is employed full time	25
	El padre tiene un empleo a tiempo parcial Parent is employed part time	10
	El padre necesita un intérprete Parent needs interpreter	10
	Padre recibe pago por discapacidad Parent receives disability payment	15
	SSI	100
	TANF	100
	SNAP	100
	CPS Involvement	
	Puntos totales	

Prekindergarten Student Registration Form
TROY CITY SCHOOL DISTRICT

SITIOS DEL PROGRAMA DE PRE KINDERGARTEN
PREKINDERGARTEN PROGRAM SITES

Los siguientes sitios tienen programas de Prekindergarten en conjunto con el Distrito Escolar de Troy

1. School # 2 470 Tenth Street	7:30 - 2:00	Colaboración con Head Start Se requiere matrícula adicional Los padres proveen el transporte
2. School # 12 475 First Street	7:45 - 2:00	Colaboración con Head Start Se requiere matrícula adicional Los padres proveen el transporte Posible opción de cuidado después de la escuela
3. School # 12 475 First Street	8:15 - 1:30	Los padres proveen el transporte
4. Sacred Heart 308 Spring Avenue	8:00 - 1:00	Los padres proveen el transporte Opción de cuidado antes y después de la escuela Se requiere uniforme
5. Sunnyside Day Care Center 9th and Ingalls Avenue	8:00 - 1:00	Los padres proveen el transporte Opción de cuidado antes y después de la escuela

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SITIO - SITE REQUEST FORM

Nombre del niño: _____
Child's Name

Criterios de aceptación:

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

A continuación se muestra una lista de nombres y direcciones de los proveedores de Pre K para niños de tres años dentro del Distrito Escolar de la Ciudad de Troy. Se enumeran las horas de funcionamiento y las opciones que tiene el programa.

Por favor, clasifique las opciones de sitio de su programa a continuación.

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

Selección aleatoria

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

Cuidado de niños adicional

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

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

PERFIL DEL NIÑO CHILD PROFILE

Nombre del niño _____
Child's name

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

¿Actualmente su hijo asiste a?:

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

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

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

Nombre de la madre _____ Edad _____ Nivel de educación _____
Mother's name Age Education
Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Phone Home Cell Work

Nombre del padre _____ Edad _____ Nivel de educación _____
Father's name Age Education
Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Phone Home Cell Work

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

Dirección _____

Address

Teléfono

Phone

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form
TROY CITY SCHOOL DISTRICT

ENTREGA DEL ESTUDIANTE
CHILD RELEASE FORM

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

Por la presente le doy al personal de _____ Pre K
(nombre de la escuela)
permiso para entregar a mi hijo _____ a la(s) siguiente(s)
(nombre del niño)
persona(s).

X _____
Firma del padre

Fecha

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

Nombre
Name

Número de teléfono
Phone Number

Relación con el niño
Relationship to child

		Padre/Madre (parent)
		Padre/Madre (parent)

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

Prekindergarten Student Registration Form
TROY CITY SCHOOL DISTRICT

PERMISO DE VIAJE A PIE
WALKING TRIP PERMISSION SLIP

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

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

X _____
Firma del padre

Fecha

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

Prekindergarten Student Registration Form

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

TROY CITY SCHOOL DISTRICT
DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

SCHOOL HEALTH SERVICES

SERVICIOS ESCOLARES DE SALUD

Entering Date _____	Grade _____	School _____	Sex _____
Fecha de entrada _____	Grado _____	Escuela _____	Sexo _____
Student Name _____		Address _____	
Nombre del estudiante _____		Dirección _____	

DOB _____	Place of Birth _____
Fecha de nacimiento _____	Lugar de nacimiento _____
Last	First

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

Home Phone: _____	Cell Phone: _____
Teléfono de casa	Teléfono celular

Place of Employment _____	Phone _____
Lugar de empleo	Teléfono

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

Home Phone: _____	Cell Phone: _____
Teléfono de casa	Teléfono celular

Place of Employment _____	Phone _____
Lugar de empleo	Teléfono

Guardian/Step Parent Name _____	Address (if different) _____
Nombre del tutor/padrastro	Dirección (si es diferente)

Home Phone: _____	Cell Phone: _____
Teléfono de casa	Teléfono celular

Place of Employment _____	Phone _____
Lugar de empleo	Teléfono

The answers to the questions on this form will be held in the School Health Office and will be kept confidential.
Las respuestas de estas preguntas en el formulario se quedarán en la Oficina de Salud y serán confidenciales.

Has your child ever had the following? Please explain with date of onset, any “yes” answers.

¿Su hijo/a ha tenido alguna de las siguientes cosas? Por favor explique con la fecha si alguna respuesta es “sí”

¿Su hijo ha tenido alguna vez lo siguiente?	No	Sí	Explique con fecha / medicamento	¿Su hijo ha tenido alguna vez lo siguiente?	No	Sí	Explique con fecha / medicación
ALLERGIES ALERGIAS				Anemia/Bleeding Disorder Anemia/Trastorno hemorrágico			
Food Alimentos				Sickle Cell Células falciformes			
Bees Abejas				Chronic Ear Infections Infecciones crónicas del oído			
Environmental Ambiental				Hearing Loss Pérdida auditiva			
Medications Medicamentos				Hearing Aid Audífono			
Eczema				Speech Concerns Problemas del habla			
Asthma Asma				Vision Problems (Glasses, Contacts) Problemas de visión (anteojos, lentes de contacto)			
ADHD/ADD				Loss of Vision Pérdida de la visión			
Behavior concerns Problemas de comportamiento/ conducta				Bladder/Kidney Condition Vejiga/riñón			
Diabetes				Absence Kidney Ausencia de Riñón			
Seizure disorder (Epilepsy)				Absence of Testicle Ausencia de testículo			

Trastorno de convulsiones (Epilepsia)						
Heart Murmur Soplo Cardíaco				Arthritis Artritis		
Cardiac Condition/Surgery Condición cardíaca / Cirugía				Fractures Fracturas		
High/Low Blood Pressure Presión arterial alta/baja				Scoliosis Escoliosis		
Fainting During Exercise Desmayos durante el ejercicio				Chicken Pox/Date Varicela / Fecha		
Head Injury Lesión en la cabeza				Surgery (Tonsils, Hernia) Cirugía (amígdalas, hernia)		
Migraine Headaches Dolores de cabeza por migraña				Under Current Medical Care Bajo atención médica actualmente		

List any special medical problems or serious injuries or gym restrictions
Enumere cualquier problema médico especial o lesiones graves o restricciones en el gimnasio

Parent/Guardian Signature (Firma del padre / tutor) _____

Date (Fecha) _____



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

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

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

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

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

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

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

Idioma que se habla en el hogar

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

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

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

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

4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?

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

6. ¿Su hijo tiene hermanos? ☐ Sí ☐ No

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

7a. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones cortas? ¿En qué idioma? 7b. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones completas? ¿En qué idioma?
8. ¿Qué idioma utiliza su hijo en los juegos de simulación?
9. ¿Cómo ha aprendido inglés su hijo hasta este momento (programas de televisión, hermanos, personas a cargo del cuidado, etc.)?
Idioma fuera del hogar/de la familia
10. ¿Su hijo ha asistido a algún programa de guardería, Head Start o de cuidado infantil? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué idioma se hablaba en el programa? ¿En qué idiomas interactúa su hijo con otras personas en el entorno de guardería o cuidado infantil?
11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que hace su hijo con los amigos?
Objetivos de idioma
12. ¿Cuáles son sus objetivos de idioma para su hijo? Por ejemplo, ¿quiere que su hijo aprenda a hablar bien más de un idioma?
13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe? ☐ Sí ☐ No
14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué idioma?
Alfabetización emergente
15. ¿Su hijo tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca? ¿En qué idioma le leen estos libros?
16a. ¿Su hijo puede decir algunas letras o sonidos en inglés? ☐ Sí ☐ No 16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

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

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

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

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

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

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

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

De ser así, ¿qué objetivos describe?

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

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

ENCUESTA DEL HOGAR

HOUSEHOLD SURVEY

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

Hogar monoparental _____ sí _____ no
Single Parent Household

Hijo adoptivo temporal _____ sí _____ no
Foster Child

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

Vivienda temporal _____ sí _____ no
Temporary Housing

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

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

Padre/tutor #1 _____

Padre/tutor #2 _____

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

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

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

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

PRUEBAS DE DESARROLLO DEVELOPMENTAL SCREENINGS

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

Nombre del niño: _____

Child's Name

Fecha de nacimiento del niño: _____

Child's date of birth

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

Child's Gender: Male or Female

Nombre del padre(s): _____

Parent(s) Name

Número de teléfono: _____

Telephone Number

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

X _____

Firma del padre o tutor

Parent or Guardian Signature

Fecha

Date

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

Hoja de información

Information Sheet

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

Cumpleaños del niño (M/D/A):

Child's birthday (M/D/Y)

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

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

Mascotas de la familia:

Family Pets

Dirección de correo
electrónico: _____
Email Address

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

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

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

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

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

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

Año escolar 2024-25

Regrese este formulario a la escuela

SOLO SI SE OPONE

A que se publique la foto de su hijo/a

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

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

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

Escuela _____
School

Grado: _____
Grade

Nombre del niño: _____
Child's Name

Dirección: _____
Address

Firma del padre / tutor: _____
Parent/Guardian Signature

NO PUBLICAR:

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

NO PUBLICAR:

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

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

**PÓLIZA DE SEGURIDAD DE INTERNET Y COMPUTACIÓN 4526
NETWORK COMPUTING AND INTERNET SAFETY POLICY 4526**

RECONOCIMIENTO DEL USUARIO

Después de leer la Póliza de seguridad de Internet y computación, imprima y firme su nombre a continuación reconociendo que acepta la Póliza 4526 y sus términos. Se le entregará una copia con su identificación de usuario y contraseña cuando firme.

NOMBRE DEL USUARIO (en letra de imprenta): _____

EDIFICIO/ESCUELA: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO: _____

FIRMA DEL USUARIO: _____

FIRMA DEL PADRE: X _____

FECHA: _____

.....
PRINCIPAL/SUPERVISOR (please print): _____

PHONE NUMBER: _____

PRINCIPAL/SUPERVISOR SIGNATURE: _____

DATE: _____

.....
***PLEASE REMOVE ACKNOWLEDGEMENT PAGE AND
KEEP POLICY PORTION FOR YOUR RECORDS.***

FACULTY/STAFF:
STUDENTS:

**RETURN TO HUMAN RESOURCES
RETURN TO PRINCIPAL**

BOE Approved 2-1-1

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/a.

Carroll Hill

Teléfono 328-5720
Fax 274-4587

School 14

Teléfono 328-5825
Fax 274-0371

Troy Middle School

Teléfono 328-5323
Fax 271-5175

Pre-K

Teléfono 328-5012
Fax 328-5061

School 16

Teléfono 328-5120
Fax 328-5146

Troy High School

Teléfono 328-5425
Fax 271-5174

School 2

Teléfono 328-5620
Fax 271-5205

School 18

Teléfono 328-5520
Fax 274-4585

School 12

Teléfono 328-5025
Fax 203-6874

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 the 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 _____		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.		

Paul Reinisch, Coordinator
Health, Physical Education
Recreation, Athletics & Safety
(518) 328-5417
I.G. Racela, MD, Medical Officer
(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 tópica 1%**

Hydrocortisone topical cream 1%

_____ **Benadryl Crema** _____

Benadryl Cream

_____ **Benzalkonium- solución antiséptica** _____

Benzalkonium-antiseptic solution

_____ **Calamina: alivia la picazón** _____

Calamine – relieves itching

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

Orajel – oral pain relief

_____ **Loción y pomada de vaselina** _____

Vaseline Lotion and Ointment

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

Escuela _____ **Grado** _____
School _____ Grade _____

PHYSICIAN SIGNS HERE - FIRMA DEL MÉDICO

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

FIRMA DEL PADRE AQUÍ

Firma del padre/tutor _____ Teléfono _____
Fecha _____

Pupil Personnel Services
Donna Fitzgerald, Director

475 First Street
Troy, New York 12180

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

Estimados padres / tutores:

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

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

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

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

OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO-ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, **sin importar su nacionalidad o estado legal**. Este programa **es gratuito** para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de involucramiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?

- ☐ Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- ☐ Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- ☐ Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: (_____) - ____ - ____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Para someter este referido, por favor envíelo por fax a 607-436-3606, o por correo a NYS Migrant Education Program- Identification & Recruitment Office 100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY 12020

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR
IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE

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

STUDENT INFORMATION

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
Sex Assigned at Birth: ☐ Female ☐ Male	Gender Identity: ☐ Female ☐ Male ☐ Nonbinary ☐ X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

If yes to any diagnoses below, check all that apply and provide additional information.

☐ Allergies	Type: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached
☐ Asthma	☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached
☐ Seizures	Type: _____ Date of last seizure: _____ ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached
☐ Diabetes	Type: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

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

BMI _____ kg/m²

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

Hyperlipidemia: ☐ Yes ☐ Not Done

Hypertension: ☐ Yes ☐ Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	Lead Level Required for PreK & K ☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g/dL}$
TB- PRN	☐	☐		
Sickle Cell Screen-PRN	☐	☐		

☐ **System Review Within Normal Limits**

☐ **Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below** (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)

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

☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list) ICD-10 Code*
--	---

☐ Additional Information Attached

*Required only for students with an IEP receiving Medicaid

Name:		Affirmed Name (if applicable):		DOB:	
SCREENINGS					
Vision & Hearing Screenings Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11					
Vision	With Correction ☐ Yes ☐ No	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	☐ Yes	☐
Near Vision Acuity		20/	20/		☐
Color Perception Screening ☐ Pass ☐ Fail					☐
Notes					
Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.					Not Done
Pure Tone Screening	Right ☐ Pass ☐ Fail	Left ☐ Pass ☐ Fail	Referral ☐ Yes		☐
Notes					
Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done
		☐	☐	☐ Yes	☐
FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK					
☐ *Family cardiac history reviewed – required for Dominic Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act					
☐ Student may participate in all activities without restrictions.					
If Restrictions Apply – Complete the information below					
☐ Student is restricted from participation in:					
☐ Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.					
☐ Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.					
☐ Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.					
☐ Other Restrictions:					
Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level OR Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.					
Tanner Stage: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V					
☐ Other Accommodations*: (e.g., brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.) Use additional space below to explain.					
*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.					
MEDICATIONS					
☐ Order Form for medication(s) needed at school attached					
COMMUNICABLE DISEASE			IMMUNIZATIONS		
☐ Confirmed free of communicable disease during exam			☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIIS		
HEALTHCARE PROVIDER					
Healthcare Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.					