



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

Departamento de Registro de Estudiantes

Akua A. Goodrich, Director

Estimado padre/madre o persona en relación de crianza:

Gracias por su interés en el Syracuse City School District (Distrito Escolar de la ciudad de Syracuse). Le agradeceremos que proporcione la siguiente información junto con la documentación de registro adjunta con el fin de poder inscribir a su hijo en las escuelas del Distrito.

PRUEBA DE RESIDENCIA:

Envíe evidencia de su presencia física y la de su hijo en el Distrito escolar. Esta evidencia puede incluir:

- 1) Una copia del contrato de arrendamiento de vivienda o constancia de propiedad de una casa o condominio, tal como una escritura o declaración de hipoteca;
- 2) Una declaración por parte de un tercero en calidad de arrendador, propietario o arrendatario, a quien el(padre/madre)/los padres o la(s) persona(s) en relación de crianza con el menor arrienda(n) o con quien comparten la propiedad dentro del Distrito, declaración que puede o no ser jurada; o
- 3) Cualquier otra declaración firmada por un tercero que establezca la presencia física de los padres o las personas en relación de crianza con el menor dentro del Distrito.

Si no se cuenta con la documentación detallada anteriormente, el Distrito considerará otras formas de documentación, que pueden incluir, pero no se limitarán a:

- recibo de pago de sueldo;
- formulario de impuesto sobre la renta;
- recibo de servicios públicos u otras facturas;
- documentos de membresía (p. ej., tarjetas de biblioteca) con base en la residencia;
- documento(s) de registro de votantes;
- licencia de conductor, permiso de aprendiz o identificación como no conductor, todos documentos oficiales;
- Identificación emitida por gobierno del Estado o por otra dependencia gubernamental;
- documentos emitidos por las agencias federales, estatales o locales (p. ej., agencia local de servicios sociales, Oficina federal de Reasentamiento de Refugiados [Office of Refugee Resettlement]); o

evidencia de custodia del menor, que incluye, pero que no se limita a, órdenes de custodia judicial o documentos que acreditan la tutoría legal.

Es posible que el Distrito también requiera que alguno o ambos padres suministren una declaración jurada respecto a cualquiera de estos puntos:

- 1) que indique que es o son los padres con quienes reside el menor legalmente; o bien,
- 2) que indique que es o son las personas en relación de crianza con el menor, sobre quien tienen la custodia permanente y el control totales, en donde se describa cómo obtuvieron la custodia permanente y el control totales, ya sea en calidad de tutores legales o de otra manera.

El Distrito también aceptará otra constancia, tal como documentación que indique que el menor reside con un patrocinador con quien una agencia federal ha colocado al menor.

PRUEBA DE EDAD:

El Distrito pedirá documentación e información que establezca la edad de su hijo. Proporcione una transcripción certificada de un certificado de nacimiento o un acta de bautismo (incluyendo una transcripción certificada de un certificado de nacimiento o un acta de bautismo en el extranjero) que indique la fecha de nacimiento. En donde no se tenga disponible este documento, se puede usar un pasaporte (incluso un pasaporte extranjero).

En donde no se tenga disponible un certificado de nacimiento o pasaporte, el Distrito puede considerar otra evidencia específica, que tenga dos o más años de existencia. Otra evidencia puede incluir, pero no se limitará a lo siguiente:

- licencia oficial de conductor;
- identificación emitida por gobierno del Estado o por otra dependencia gubernamental;
- identificación escolar con fotografía y que indique la fecha de nacimiento;
- tarjeta de identificación consular;
- registros hospitalarios o de salud;
- tarjeta de identificación como dependiente militar;
- documentos emitidos por las agencias federales, estatales o locales (p. ej., agencia local de servicios sociales, Oficina federal de Reasentamiento de Refugiados [Office of Refugee Resettlement]);
- órdenes de tribunal u otros documentos emitidos por un tribunal;
- documento de tribus nativas estadounidenses; o

registros de agencias de ayuda sin fines de lucro y agencias de voluntariado.

EVIDENCIA DE VACUNAS Y EXAMEN FÍSICO:

De acuerdo con la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, el Distrito también debe recibir evidencia de que su hijo ha sido vacunado de acuerdo con los Requisitos de vacunación para el ingreso/asistencia a la escuela de la Oficina de Vacunación del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Estos registros serán necesarios para garantizar la asistencia continua de su hijo. Adicionalmente, proporciónenos los registros de cualquier examen físico reciente que su estudiante haya recibido. El Estado de Nueva York exige que a cada nuevo estudiante que ingrese a una escuela pública se le requiera un examen físico para ingresar al Distrito. Un examen físico completo de no más de doce meses antes del primer día del año escolar en cuestión cumplirá este requisito.

AVISO DE DERECHOS CON RELACIÓN A REMISIONES PARA EVALUACIÓN POR EDUCACIÓN ESPECIAL:

Si usted sospecha que su hijo necesita servicios o programas de educación especial, puede remitir a su hijo con el Comité de Educación Especial del Distrito con el fin de realizar una evaluación. La remisión se debe hacer al **Director de Educación Especial**, a la siguiente dirección: **Syracuse City School District, Department of Special Education, 725 Harrison Street, Syracuse, New York, 13210**. El sitio web del Departamento de Educación del Estado de Nueva York tiene información relacionada con este proceso y sus derechos. Una copia de la Guía para padres de familia para educación especial se puede obtener del siguiente sitio web o con una solicitud por escrito al Departamento de Educación especial.

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

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta información, comuníquese con el Departamento de Registro de Estudiantes al (315) 435-4545. Gracias.

Atentamente,



Jaime Alicea
Superintendent of Schools



REQUISITOS DE REGISTRO

El Syracuse City School District (Distrito Escolar de la Ciudad de Syracuse) exige que los padres o personas con relación de crianza proporcionen la siguiente documentación cuando registren a un menor en la escuela:

A. Prueba de dirección (se exige un documento)

El Distrito Escolar de la Ciudad de Syracuse solicita el envío de una prueba de dirección. El elemento debe incluir el nombre de un padre o tutor legal y la fecha debe estar dentro de los últimos 30 días antes de la inscripción.

1. Una copia del contrato de arrendamiento de vivienda o constancia de propiedad de una casa o condominio, tal como una escritura o declaración de hipoteca; o
2. Una declaración firmada por un tercero en calidad de arrendador, propietario o arrendatario, de quien los padres o las personas en relación de crianza con el menor arriendan o con quien comparten la propiedad dentro del Distrito, declaración que puede o no ser jurada; o
3. Alguna otra declaración firmada de un tercero que establezca la presencia física de los padres o las personas en relación de crianza con el menor dentro del Distrito.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si no se cuenta con la documentación detallada anteriormente, el Distrito considerará otra documentación de residencia, que puede incluir, pero no se limitará a:

- Recibo de pago de sueldo;
- Formulario de impuesto sobre la renta;
- Recibo de servicios públicos u otras facturas;
- Documentos de membresía según la residencia;
- Documentos de registro de votantes;
- Licencia de conductor, permiso de aprendiz o identificación como no conductor, todos documentos oficiales;
- Identificación o documentos emitidos por el gobierno del Estado o por otras dependencias gubernamentales que se relacionen con servicios o beneficios gubernamentales;
- Documentos emitidos por las agencias federales, estatales o locales (p. ej., agencia local de servicios sociales, Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados [Office of Refugee Resettlement]);
- Evidencia de custodia del menor, que incluye, aunque sin limitación, órdenes de custodia judicial o documentos que acreditan la tutoría legal

NOTA IMPORTANTE: EVIDENCIA DE CUSTODIA O TUTORÍA LEGAL

Es posible que el Distrito también requiera que alguno o ambos padres, o la/las personas en relación de crianza con el menor, suministren una declaración jurada respecto de cualquiera de estos puntos:

1. que indique que es o son los padres con quienes reside el menor legalmente; o bien,
2. que indique que es o son las personas en relación de crianza con el menor, sobre quien tienen la custodia permanente y el control totales, en donde se describa cómo obtuvieron la custodia permanente y el control totales, ya sea en calidad de tutores legales o de otra manera.

El Distrito también aceptará otra constancia, tal como documentación que indique que el menor reside con un patrocinador con quien una agencia federal ha colocado al menor, si corresponde.

B. Prueba de edad (se exige un documento)

1. Una **transcripción certificada de un certificado de nacimiento o un acta de bautismo**, incluyendo una transcripción certificada de un certificado de nacimiento o un registro de bautismo en el extranjero.
2. Si no hay transcripción certificada disponible de un certificado de nacimiento o de un acta de bautismo, entonces el Distrito aceptará un **pasaporte certificado**, lo que incluye un pasaporte extranjero, para establecer la edad del menor.
3. Si no hay transcripción certificada de algún certificado de nacimiento o de acta de bautismo, como tampoco **pasaporte** disponibles, entonces el Distrito tomará en cuenta **otra documentación**, incluso sin limitación de los tipos incluidos en esta lista, siempre y cuando esos documentos se hayan emitido desde hace dos (2) años o más:
 - Licencia oficial de conductor para el menor;
 - Identificación emitida por gobierno del Estado o por otra dependencia gubernamental;
 - Identificación escolar con fotografía y que indique la fecha de nacimiento;
 - Tarjeta de identificación consular;
 - Registros hospitalarios o de salud;
 - Tarjeta de identificación como dependiente militar;
 - Documentos emitidos por las agencias federales, estatales o locales (p. ej., agencia local de servicios sociales, Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados [Office of Refugee Resettlement]);
 - Órdenes de tribunal o documentos emitidos por un tribunal;
 - Documentos de tribus nativas estadounidenses; o
 - Registros de agencias de ayuda sin fines de lucro y organizaciones de voluntariado.

C. Registros de examen físico y vacunas

El Distrito debe obtener constancia de vacunas, según lo requiere la Sección 2164(7) de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, o la exención legal de dicho requisito, antes de que un estudiante pueda asistir a la escuela.

Esos requisitos también se pueden revisar en la Política de la Junta 7022. Por lo tanto, el Distrito exige lo siguiente:

- Registros de examen físico (firmados por un médico o personal clínico)
- Vacunas al día

NOTA IMPORTANTE: El Distrito puede excluir a cualquier estudiante que no haya recibido las vacunas requeridas. El Distrito solicita a las familias que proporcionen una copia de un carné de citas o carta con la(s) fecha(s) de la(s) cita(s), si el estudiante no está al día con sus vacunas. El Distrito también puede excluir de la asistencia a la escuela a un estudiante inscrito cuando este tenga una enfermedad contagiosa o infecciosa que represente un riesgo importante de infección para los demás, según lo exige la Sección 906 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York.

Los estudiantes tienen autorizados 14 días desde la fecha en que iniciaron la escuela para recibir las vacunas necesarias antes de ser excluidos de la escuela. Los estudiantes refugiados y los estudiantes de otro estado tienen autorizados 30 días, cuando el distrito reciba la documentación de un Good Faith Effort (GFE) (Esfuerzo de buena fe) como un carné de citas u otra declaración por parte de la oficina del proveedor que incluya la fecha de la cita.

D. Documentación adicional

El Distrito Escolar de la Ciudad de Syracuse solicita la entrega de la boleta de calificaciones más reciente o expedientes de los menores que ingresan a los grados de 1 al 12. Un Individualized Education Program (IEP) (Programa de Educación Individualizada) se debe enviar para todos los menores que reciban servicios de educación especial. Esto permite al distrito asegurar la colocación apropiada de nivel escolar y el suministro de servicios y apoyos para satisfacer las necesidades individualizadas de cada menor. Si no se tiene disponible esta información al momento de la inscripción, el distrito solicitará registros de inscripción a la anterior escuela con el fin de obtener la documentación requerida.

2017 MCKINNEY VENTO – PreK -12 CUESTIONARIO DE ALOJAMIENTO

Fecha:	Distrito escolar de origen	Escuela actual	N.º de kits
--------	----------------------------	----------------	-------------

Este formulario ayudará al distrito a determinar la identificación de un estudiante sin hogar/temporalmente alojado/ en un refugio en nuestro Distrito. Los estudiantes que están protegidos bajo la Ley McKinney-Vento tienen derecho a inscripción inmediata en la escuela SIN los documentos normalmente necesarios, como una prueba de residencia, registros de la escuela, registros de vacunas o certificado de nacimiento. Los estudiantes que están protegidos bajo la Ley McKinney-Vento TIENEN DERECHO A ALMUERZO GRATIS Y también pueden tener derecho a transporte y a otros servicios. Pregunta de orientación: ¿La residencia para la noche es FIJA – REGULAR – ADECUADA debido a la PÉRDIDA DE vivienda permanente?

Nombre del estudiante: _____

Apellido *Primer nombre* *Segundo nombre*

Escuela: _____ Grado: _____ N.º de _____ ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha _____
identificación: _____ de nacimiento: Mes Día Año

Nueva dirección física:

Dirección postal:

¿Toda la familia se encuentra en esta dirección? ☐ Sí ☐ No

¿Su dirección actual es un arreglo de vivienda temporal ☐ Sí ☐ No De ser así, ¿esto se debe a pérdida de vivienda o dificultades económicas? ☐ Sí ☐ No Si usted marcó sí en alguna casilla, continúe completando este formulario en su totalidad. Si marcó no, no continúe escribiendo debajo de la línea.

¿En dónde vive actualmente el estudiante? (Marque una casilla.)

- ☐ En un refugio (S)
 - ☐ Con otra familia u otra persona por pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar (también denominada viviendo temporalmente en "vivienda compartida" (D))
 - ☐ En un hotel o motel (H)
 - ☐ En un automóvil, parque, autobús, estación de trenes, lugar para campamentos o un lugar público o privado no diseñado para u ordinariamente usado como un arreglo regular para dormir para seres humanos (O)
 - ☐ Joven no acompañado (U) de cualquier edad, no acompañado por un tutor
 - ☐ Colocación directa CPS
 - ☐ Vivienda permanente (P)

Escuela de origen _____ Pase de bus _____ Viaje de una vía al centro _____ autobús escolar _____

El estudiante califica automáticamente para Comidas gratis en la escuela

Padre, Tutor, Nombre del estudiante no acompañado_____ **Teléfono:** _____

Distrito de origen

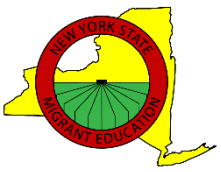
Nombre de hermano	Escuela a la que asiste	Temporal	o	Permanente
¿Todos los hermanos están en la misma dirección?	¿Notificó a otras escuelas?	Dirección		Dirección

Persona que llenó este formulario _____ Agencia _____ Teléfono: _____

CRC Revisado enero 2017

Este formulario debe acompañar STAC 202

Envíe este formulario por correo electrónico y STAC 202 a Registration@scsd.us



PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA MIGRANTES DEL ESTADO DE NEW YORK

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 518-289-5623, o por correo a NYS Migrant Education Program- Identification & Recruitment Office: 100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY

12020





Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

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

Estimados padres o tutores:

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

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Nombre Segundo nombre Apellido

FECHA DE NACIMIENTO:

GÉNERO:

Mes Día Año

☐ Masculino

☐ Femenino

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL

Apellido Primer Nombre Relación con el estudiante

**CÓDIGO DEL
IDIOMA DEL HOGAR**

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

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

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

**STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT
INFORMATION SYSTEM:**

District Name (Number) & School

Address

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

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Sí* No No se sabe
☐ ☐ ☐

* En caso afirmativo, por favor explique : _____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ☐ Poca gravedad ☐ Algo grave ☐ Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? ☐ No ☐ Sí* * Por favor, llene 10b.

10b. *Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

☐ No ☐ Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

☐ De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) ☐ 3 a 5 años (Educación Especial) ☐ 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? ☐ No ☐ Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?

(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

Mes: Día: Año: _____

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

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

Date

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ☐ No ☐ Yes

**DATE OF INDIVIDUAL
INTERVIEW:

Mo. Day Yr.

OUTCOME OF
INDIVIDUAL
INTERVIEW:

☐ ADMINISTER NYSITELL
☐ ENGLISH PROFICIENT
☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL
ADMINISTRATION:

Mo. Day Yr.

PROFICIENCY LEVEL
ACHIEVED ON
NYSITELL:

☐ ENTERING ☐ EMERGING ☐ TRANSITIONING ☐ EXPANDING ☐ COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

Department of Student Registration

Akua A. Goodrich, Director

Solicitud de registros

Fecha: _____

El estudiante indicado arriba ha ingresado a nuestro distrito escolar.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Escuela que libera:

Escuela: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Escuela que solicita:

Syracuse City School District – Registration Center

Nombre del Registrador: _____

Teléfono: (315) 435-4545

Fax: (315) 435-6210

Envíe por fax o correo postal los siguientes registros para inscripción:

- | | |
|---|--|
| 1. Expediente actual | 9. Registros de educación especial, si corresponde: |
| 2. Grados al momento del retiro | A. IEP actual |
| 3. Grados de escuela de verano | B. Informe psicológico más reciente |
| 4. Boletas de calificaciones de escuelas anteriores | C. 504 (activa o inactiva) |
| 5. Calificaciones de pruebas estandarizadas/estatales | D. Evaluación del habla |
| 6. Certificado de nacimiento | E. Historial social |
| 7. Vacunas y último examen físico | F. Informe de servicios relacionados |
| 8. Registros de disciplina | G. Si no está clasificado, qué modelos de prueba continúan |

Consentimiento del Padre/Tutor legal:

Otorgo mi consentimiento para los registros académicos o toda la demás información pertinente que se divulgará al Distrito Escolar de la Ciudad de Syracuse. Toda la información obtenida se mantendrá estrictamente confidencial. Doy permiso al Distrito Escolar de la Ciudad de Syracuse para obtener aclaraciones verbales sobre cualquier información recibida. **De acuerdo con los Reglamentos finales-Derechos de educación familiar y Ley de Privacidad (Enmienda de Buckley) de fecha 17 de junio de 1976, ya no es necesario obtener consentimiento por escrito para divulgar registros entre escuelas.**

Este estudiante califica de acuerdo con McKinney Vento ☐ Sí o ☐ No (marcar casilla de verificación). De acuerdo con M-V Sección 722 (g)(3)(c); N.Y. Subsección 3209 de la Ley de Educación (2)(3)-(f) dentro de los siguientes cinco (5) días de recibir una solicitud de registros de la nueva escuela, el Distrito en el cual el estudiante fue inscrito por última vez debe reenviar todos los registros a la nueva escuela.

Nombre en letra de molde – Padre/Tutor legal

Firma – Padre o madre/Tutor legal

Número de teléfono del padre o madre/tutor legal:



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

PHYSICIAN'S REPORT OF PHYSICAL EXAMINATION

NYSED requires an annual physical exam for new entrants, students in Grades K, 2, 4, 7 and 10, sports, working permits and triennially for the Committee on Special Education (CSE)

Name: _____ Date of Birth: _____

School: _____ Gender: ☐ M ☐ F Grade: _____ Date of Physical Examination: _____

IMMUNIZATIONS/HEALTH HISTORY

☐ Immunization record attached
☐ No immunization given today
☐ Immunizations given since last Health Appraisal:

Sickle Cell Screen: ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done Date: _____
PPD: ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done Date: _____
Elevated Lead: ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done Date: _____
Dental Referral: ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done Date: _____

Significant Medical/Surgical History: ☐ See attached _____

Specify Current diseases: ☐ Asthma Diabetes: ☐ Type 1 ☐ Type 2 ☐ Hyperlipidemia ☐ Hypertension

Allergies: ☐ LIFE THREATENING
☐ Seasonal ☐ Other: _____
☐ Food: _____ ☐ Insect: _____ ☐ Other: _____
☐ Medication: _____

PHYSICAL EXAM

Height: _____ Weight: _____ Blood Pressure: _____ Date of Exam: _____

Body Mass Index: _____ Weight Status Category (BMI Percentile): ☐ less than 5 th ☐ 5 th – 49 th ☐ 50 th – 84 th ☐ 85 th – 94 th ☐ 95 th – 98 th ☐ 99 th + higher	Referral			
	Vision – without glasses/contact lenses	R	L	
	Vision – with glasses/contact lenses	R	L	
	Vision – Near Point	R	L	
	Hearing ☐ Pass 20 db sc both ears or:	R	L	

☐ EXAM ENTIRELY NORMAL Tanner: I. 11. 111. 1V. V. Scoliosis: ☐ Negative ☐ Positive: _____

Specify any abnormality _____

MEDICATIONS

Medications (list all): ☐ None ☐ Additional medications _____
Name: _____ Dosage/Time: _____
Name: _____ Dosage/Time: _____
Duration of Med order*: ☐ school year ☐ other, please specify: _____
Reason for Med order/Diagnosis* _____
I assess this student to be self-directed ☐ Yes ☐ No
Student may self carry and self administer medication ☐ Yes ☐ No
Student may self carry and self administer medication on a field trip ☐ Yes ☐ No

Note: Nurse will also assess self-direction for the school setting. Please advise parent to send in additional medication in the event that emergency sheltering is necessary at school or if the morning medication has not been given.

PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK QUALIFICATION/CSE CONSIDERATION

☐ Free from contagions & physically qualified for all physical education, sports, playground, work & school activities OR only as checked: _____ Limited contact: cheerlead, gymnastics, ski, volleyball, cross-country, handball, fence, baseball, floor hockey, softball
_____ Non-contact: badminton, bowl, golf, swim, table tennis, archery, weight train, crew, dance, track, run, walk, rope jump
☐ Specify medical accommodations needed for school: _____ ☐ None
☐ Known or suspected disability: _____
☐ Restriction: _____
☐ Protective equipment required: ☐ Athletic Cup ☐ Sport goggles/impact resistant eyewear ☐ Other: _____

Provider's Signature: _____ NYS License #* _____

Provider's Name/Address: _____ Phone: _____ Fax: _____

Provider's Stamped Information:

*Required This exam complies with NYSED requirements above and is valid for twelve months, with the exception of any illness or injury lasting more than five days that will require review by private healthcare provider and the school medical director



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

Dear Parents/Guardians:

We look forward to welcoming your child to a new school year. We are writing to remind you New York State requires each student have a physical examination upon entering school at Pre-K or K, if they are new to the school district, and at grades 2, 4, 7, and 10. If they play sports or need working papers, they must also have a physical. Your own family doctor should do the exam. They know your child well and can measure any changes in your child's health. If needed, they can do referrals for glasses, dentist, etc., at the same time. Enclosed is a blank form that you can ask your doctor to fill out. Please bring it to the nurse's office when you bring your child to school.

We understand that some children may not receive their yearly medical exam until after school starts. You can send it in when it is completed. Please call your doctor now to set up an appointment.

If you or your child needs health insurance including Medicaid, Medicaid Managed Care, or Child and Family Health Plus, please call the Salvation Army (315-476-1382) or ACR Health (315-475-2430). You will get the assistance of a "navigator" to help you sign up. Benefits include doctor visits; hospital and emergency care; vision, speech and hearing services; prescriptions; mental health; and, in some cases, dental care.

For further information, please contact your school nurse, or the Health Services Office at 435-4145.

Estimados Padres / Tutores:

Esperamos ver a su niño/a durante el nuevo año escolar. Es requerido por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York que cada estudiante obtenga un examen físico al entrar al distrito escolar y rutinariamente en los grados Pre-K o K, 2, 4, 7 y 10. También se le requiere un examen médico para actividades atléticas y/o permiso para trabajar. Se les sugiere que estos exámenes sean hechos por el médico de familia, quien mejor conoce al niño/a. El médico de familia tiene mejor conocimiento en captar cualquier anomalía en el estado de salud del niño/a. Se puede discutir cualquier anomalía que se encuentre y hacer los referidos necesarios (ej. lentes) todo en una visita. Por favor, llame a su médico y haga una cita.

Tenemos extendido que algunos niños no están citados con sus médicos hasta después de empezar el año escolar. En estos casos, por favor mande el formulario lleno una vez que se le haga el examen físico a su niño/a. Por favor, haga la cita pronto para el examen físico de su niño/a con su médico particular.

Si usted o su hijo necesita seguro médico, incluido Medicaid, Medicaid Managed Care, o Child and Family Health Plus, llámese Salvation Army (315-476-1382) o ACR Health (315-475-2430). Usted recibirá la ayuda del "navegante" para ayudarse. Beneficios incluidos son: consultas con el médico; atención emergencia y del hospital; servicios de visión, lenguaje, y audición; recetas médicas; salud mental, y, en unos casos, atención de dentista.

Si necesita más información por favor llame a la oficina de Servicios de Salud al 435-4145.



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

Distrito Escolar De Syracuse Historial Medico

Nombre _____ Fecha Nacimiento _____ Sexo M ☐ F ☐

Fecha de hoy _____ Escuela _____ Grado _____

Ha asistido alguna vez a una escuela en Syracuse? No ☐ Sí ☐ Nombre de la Escuela _____

Padre/Encargado _____ Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del Doctor _____ Fecha última visita _____

Nombre del Dentista _____ Fecha última visita _____

Seguro Médico _____ Número Medicaid _____ Número SSI _____

Embarazo y Parto: Peso al nacer _____ Duración del Embarazo _____ Duración del Parto _____

Tipo de Parto ☐ vaginal ☐ cesárea ¿Complicaciones? _____

Crecimiento y Desarrollo: Por favor escriba la edad en que el bebe hizo lo siguiente:

Se sentó _____ Gateó _____ Caminó _____ Habló _____ Aprendió a usar el inodoro _____

Por favor suministre descripción corta sobre:

Medicamentos: _____ Alergias a ciertas medicinas: _____

Alergias a ciertas comidas: _____

Enfermedades Serias: _____

Accidentes: _____ Fecha(s): _____

Cirugías/Hospitalizaciones: _____ Fecha(s): _____

Indique "SI" o "NO" si su hijo ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

Si	No	Estado de Salud	Si	No	Estado de Salud
		Diagnósticos de Asma			Hepatitis A o B
		Problemas de Sangre/Anemia drepanocítica			Envenenamiento de Plomo
		Problemas dentales			Limitaciones de actividad
		Diabetes			Ataques/Convulsiones
		Problemas de Oído			Erupciones de la Piel
		Problemas Emocionales			Problemas de Habla
		Problemas de la Vista/Anteojos			Otra condición medica
		Problemas de Corazón			

En el siguiente espacio, explique acerca de cualquiera de las enfermedades anotadas arriba o cualquier otra información adicional que pueda ayudar a su hijo(a). _____

Equipos Especiales/suministros necesarios _____

¿Existe algún otro problema de salud en algún otro miembro de la familia? Explíquelo _____

Adjunte una copia del registro de inmunización de su hijo(a) a este formulario.



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD A LAS ESCUELAS

Firme este formulario para autorizarnos a obtener información de salud por parte del médico de su hijo.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

En su carácter de padre, madre o tutor del niño mencionado, al completar este formulario autoriza a su médico, _____, a divulgar a la escuela la información confidencial relativa a la salud de su hijo.

(nombre del médico)

El propósito de la divulgación de esta información es promover el intercambio correcto de información sobre la salud y permitir la coordinación de la atención médica y el tratamiento con la escuela del niño. Esta información es importante por diversos motivos. Por ejemplo, la escuela puede necesitarla para administrar medicamentos, controlar la enfermedad del niño y llevar un registro de su vacunación.

Esta autorización limita la divulgación de información a lo siguiente:

- ☐ Información relativa a la vacunación
- ☐ Informes de exámenes físicos
- ☐ Análisis de laboratorio
- ☐ Medicamentos y tratamientos

Este formulario de autorización no autoriza la divulgación de la información confidencial relativa a la salud que por ley cuenta con protección especial. Esto incluye información relacionada con el VIH, información sobre drogadicción, información psiquiátrica e información genética; la divulgación de esta información requiere la firma de un formulario específico diferente.

La información se divulgará a la escuela del distrito escolar indicada a continuación hasta que nos comunique que el niño ya no es un estudiante inscrito en esa escuela. Puede revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al proveedor de atención médica del niño. Revocar esta autorización significa que ya no se divulgará a la escuela la información del niño. La atención médica que recibe el niño no se verá afectada si no nos autoriza a divulgar su información a la escuela. En otras palabras, no se le negará tratamiento a su hijo si no firma esta autorización. La información que divulgamos a la escuela puede ser nuevamente divulgada a terceros por esta si no se encuentra obligada por ley a proteger la confidencialidad de dicha información. Se le entregará una copia de este formulario de autorización una vez completo para que la conserve.

Nombre del niño (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Nombre del padre, la madre o el tutor (en letra de imprenta)

Parentesco

Firma del padre, la madre o el tutor

Escuela

Entregue este formulario al enfermero de la escuela.



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

Certificado de salud dental

Padre/Tutor legal: Las leyes del estado de Nueva York (Capítulo 281) permiten que las escuelas soliciten un examen dental en los siguientes grados: ingreso a la escuela, K, 2, 4, 7 y 10. Llene la Sección 1 y **llévele este formulario a su dentista para que realice la evaluación**. Si a su hijo le realizaron un chequeo dental antes de que entrara a la escuela, pídale a su dentista que llene la Sección 2. Entréguele el formulario lleno al director médico de la escuela o al enfermero de la escuela lo antes posible.

Sección 1. El padre o tutor legal debe llenar esta sección (en letra de molde)

Nombre del niño: Apellido, primer nombre, segundo nombre

Fecha de nacimiento:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

¿Será esta la primera vez que su hijo va al dentista? ☐ Sí ☐ No

Escuela:

Grado

¿Ha notado algún problema en la boca que interfiera con la capacidad de su hijo para masticar, hablar o enfocarse en las actividades escolares? ☐ Sí ☐ No

Entiendo que al firmar este formulario estoy dando mi consentimiento para que el niño arriba mencionado reciba una evaluación básica de la salud oral. Entiendo que esta evaluación es solo un medio limitado de evaluación para comprobar la salud dental del estudiante, y que necesitaría contar con los servicios de un dentista para que mi hijo reciba un examen dental completo con rayos X de ser necesario a fin de mantener una buena salud oral.

También entiendo que el hecho de recibir esta evaluación preliminar de la salud oral no establece una relación nueva, regular o continua entre el médico y el paciente. Además, no responsabilizaré al dentista ni a quienes realicen esta evaluación por las consecuencias o resultados si yo eligiera NO seguir las recomendaciones que se indican a continuación.

Firma del padre _____ Fecha _____

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 stamp)

Dentist's Signature

Secciones opcionales: Si está de acuerdo en divulgar esta información a la escuela de su hijo, coloque sus iniciales aquí.

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

CENTROS QUE OFRECEN SERVICIOS DENTALES

Proveedor	Dirección	Teléfono
Loretto Geriatric Center	700 E. Brighton Ave.	469-5561
St. Joseph's Hospital Health Center	301 Prospect Ave.	448-5477
Syracuse Community Health Center	819 S. Salina St.	476-7921
Syracuse Community Health Center	1938 E. Fayette St.	474-4077
Syracuse Community Health Center	603 Oswego St.	424-0800
University Hospital SUNY Health Science Center	750 E. Adams St.	464-4320

