



# SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Jaime Alicea, Superintendente de escuelas

**Departamento de Registro de Estudiantes**

**Akua A. Goodrich, Director**

Estimado padre, madre o adulto en relación parental con el estudiante:

Gracias por su interés en el Syracuse City School District. Informe los siguientes datos y entregue los documentos de registro adjuntos para que podamos inscribir a su hijo en las escuelas del distrito.

## **PRUEBA DE RESIDENCIA:**

Solicitamos evidencia de que usted y su hijo residen en el distrito escolar. Esa evidencia puede incluir:

- 1) Una copia de su contrato de alquiler residencial o prueba de propiedad de una casa o condominio, como una escritura o estado de cuenta de hipoteca;
- 2) Una declaración por escrito de un propietario, agente de alquiler o inquilino a quien los padres o adulto en relación parental alquila o con quien comparte la propiedad dentro del distrito;
- 3) Otra declaración de un tercero que establezca la presencia física de los padres o adulto en relación parental con el estudiante.

Si la documentación indicada arriba no está disponible, el distrito considerará otras formas de documentación, que pueden incluir, pero no se limitan, a:

- comprobantes de pago de salario;
- formulario de declaración de impuestos;
- facturas de servicios u otras;
- documentos de membresía (p. ej. la tarjeta de la biblioteca) que requieran información de residencia;
- documentos de inscripción como votantes;
- licencia de conducir oficial, permiso de principiante o identificación de no conductor;
- identificación emitida por el estado u otro gobierno;
- documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, la agencia de servicios sociales local, la Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados (Office of Refugee Resettlement)); o

evidencia de tutela del niño, incluyendo, pero no limitada a las órdenes de tenencia judicial o documentos de tutela del niño.

El distrito también puede pedir que los padres presenten una declaración jurada que:

- 1) indique que son los padres con quienes el niño tiene residencia legal; o
- 2) indique que ellos son los adultos en relación parental con el niño, sobre quien tienen tenencia y control total y permanente, en la que se explique cómo se obtuvieron la custodia y el control total, ya sea a través de tutela o de algún otro modo.

El distrito también acepta otras pruebas, tales como documentación que indique que el niño reside con un tutor asignado por una agencia federal.

### **CONSTANCIA DE EDAD:**

El distrito pedirá documentación o información donde conste la edad de su hijo. Se le pedirá una transcripción certificada del certificado de nacimiento o registro de bautismo (incluyendo una transcripción certificada de un certificado de nacimiento o registro de bautismo extranjeros) que muestre la fecha de nacimiento. Si esta documentación no está disponible, puede usarse un pasaporte (incluyendo pasaportes extranjeros).

En caso de que el certificado de nacimiento ni el pasaporte estén disponibles, el distrito puede considerar otras evidencias, que tengan dos años de antigüedad o más. Esa evidencia puede incluir, pero no se limita, a lo siguiente:

- licencia de conducir oficial;
- identificación emitida por el estado u otro gobierno;
- identificación con fotografía escolar con fecha de nacimiento;
- tarjeta de identificación del consulado;
- registros hospitalarios o de salud;
- tarjeta de identificación de dependiente de las fuerzas armadas;
- documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, la agencia de servicios sociales local, la Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados);
- órdenes judiciales u otros documentos emitidos por un tribunal;
- documento de la tribu en el caso de nativos americanos; o

registros de agencias de ayuda internacional sin fines de lucro y agencias de voluntarios.

## **DOCUMENTOS DE VACUNACIÓN Y ESTADO FÍSICO:**

De conformidad con la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York (New York State's Public Health Law), el distrito también debe recibir evidencia de que su hijo fue vacunado de acuerdo con los requisitos de Vacunación de la Oficina de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Nueva York (New York State Department of Health Immunization Bureau) para el ingreso o asistencia a la escuela. Esos registros serán necesarios para asegurar la continuidad de la asistencia de su hijo. Además, le solicitamos registros de cualquier examen físico que se haya hecho el estudiante. El estado de Nueva York ordena que cada estudiante nuevo que ingresa en una escuela pública debe hacerse un examen físico cuando entra en el distrito. Un examen físico hecho doce meses o menos antes del primer día del año escolar en curso cumple con este requisito.

## **NOTA SOBRE DERECHOS EN RELACIÓN CON LA REMISIÓN PARA EVALUACIÓN PARA EDUCACIÓN ESPECIAL:**

Si sospecha que su hijo necesita servicios o programas de educación especial, puede remitirlo al Comité de Educación Especial del Distrito (District's Committee on Special Education) para que se lo evalúe. La solicitud de remisión debe hacerse ante el **Director de Educación Especial** a la siguiente dirección: **Syracuse City School District, Department of Special Education, 725 Harrison Street, Syracuse, Nueva York, 13210**. El sitio web del Departamento de Educación del Estado de Nueva York (New York State Education Department) tiene información sobre este proceso y sus derechos. Puede obtener una copia de la Guía para Padres sobre Educación Especial del siguiente sitio web, o puede solicitarla 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 sobre esta información, comuníquese con el Departamento de Registro de Estudiantes (Department of Student Registration) al (315) 435-4545. Gracias.

Atentamente,



Jaime Alicea,  
Superintendente de escuelas



## REQUISITOS PARA EL REGISTRO

El Syracuse City School District solicita a padres o adultos en relación parental con los estudiantes que brinden la siguiente documentación cuando registren a un niño a la escuela:

### A. Constancia de dirección (se requiere 1 documento)

El Syracuse School District pide la presentación de una prueba de residencia. El documento debe incluir el nombre del padre, madre o tutor y debe haber sido firmado antes de 30 días de la fecha de registro del niño.

1. Una copia de su contrato de alquiler residencial o prueba de propiedad de una casa o condominio, como una escritura o estado de cuenta de hipoteca; o
2. Una declaración por escrito de un propietario, agente de alquiler o inquilino a quien los padres o adulto en relación parental alquila, o con quien comparte la propiedad dentro del distrito; u
3. Otra declaración firmada por un tercero que afirme la presencia física en el distrito de los padres o adulto en relación parental

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si la documentación que se especifica arriba no está disponible, el distrito considerará otros documentos de residencia, que pueden incluir, pero no se limitan a lo siguiente:**

- Comprobantes de pago de salario
- Formulario de impuesto sobre la renta
- Facturas de servicios u otras
- Documentos de membresía que requieran información de residencia
- Documentos de registro de votante
- Licencia de conducir oficial, permiso de principiante o identificación de no conductor;
- Identificación emitida por el estado u otro gobierno o documentos relacionados con servicios o beneficios del gobierno
- Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, la agencia de servicios sociales local, la Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados)
- Evidencia de tenencia del niño, incluyendo, pero no limitada a las órdenes de tenencia judicial o documentos de tutela del niño

### NOTA IMPORTANTE: PRESENTAR PRUEBAS DE TENENCIA O TUTELA

El distrito también puede pedir que los padres, o adultos que estén en relación parental con el estudiante presenten una declaración jurada que:

1. indique que son los padres con quienes el niño tiene residencia legal; o
2. indique que ellos son los adultos en relación parental con el niño, sobre quien tienen tenencia y control total y permanente, en la que se explique cómo se obtuvieron la custodia y el control total, ya sea a través de tutela o de algún otro modo.

El distrito también aceptará otras pruebas, tales como documentación que indique que el niño reside con un tutor asignado por una agencia federal, si corresponde.

## B. Constancia de edad (se requiere 1 documento)

1. Se le pedirá una **transcripción certificada del certificado de nacimiento o registro de bautismo**, incluyendo una transcripción certificada de un certificado de nacimiento o registro de bautismo extranjeros.
2. *Si* no se dispone de una transcripción del certificado de nacimiento, *entonces* el distrito aceptará un **pasaporte certificado**, incluyendo pasaportes extranjeros, para determinar la edad del niño.
3. *Si* no se dispone de una transcripción certificada de un certificado de nacimiento o registro de bautismo ni un pasaporte, *entonces* el distrito considerará **otra documentación**, incluyendo, pero no limitada al tipo de documentación en esta lista, siempre y cuando esos documentos tengan dos (2) años de antigüedad o más:
  - licencia de conducir oficial del menor;
  - identificación emitida por el estado u otro gobierno;
  - identificación con fotografía escolar con fecha de nacimiento;
  - tarjeta de identificación del consulado;
  - registros hospitalarios o de salud;
  - tarjeta de identificación de dependiente de las fuerzas armadas;
  - documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, la agencia de servicios sociales local, la Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados);
  - órdenes judiciales u otros documentos emitidos por un tribunal;
  - documento de la tribu en el caso de nativos americanos; o
  - registros de agencias de ayuda internacional sin fines de lucro y agencias de voluntarios.

## C. Historia médica y registros de vacunación

El distrito debe recibir una prueba de vacunación, como se estipula en la Sección 2164(7) de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York (New York State Public Health Law), o una exención legalmente válida de ese requisito, antes de que el estudiante pueda asistir a la escuela.

Esos requisitos también pueden consultarse en la Board Policy 7022 (política 7022 de la Junta de Educación). Por lo tanto, el distrito solicita lo siguiente:

- Registro de examen físico (firmado por un médico o personal clínico)
- Registro de vacunación al día

**NOTA IMPORTANTE:** El distrito puede excluir a cualquier estudiante que no haya recibido las vacunas requeridas. El distrito pide que las familias den una copia de la tarjeta de cita médica, o una carta en la que conste la fecha de vacunación si el estudiante no tiene las vacunas al día. El distrito también puede impedir que un estudiante inscrito asista a la escuela si el estudiante tiene una enfermedad transmisible o infecciosa que pone en riesgo significativo de infección a otros, según se estipula en la Sección 906 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York (New York State Education Law).

Se dará a los estudiantes 14 días a partir de la fecha de inicio de clases para darse las vacunas necesarias para que no sean excluidos de la escuela. Los estudiantes refugiados y los estudiantes de otros estados tendrán 30 días para que el distrito reciba una documentación de Esfuerzo de buena fe (Good Faith Effort, GFE), como una tarjeta de cita médica u otro documento de la oficina del proveedor que incluya la fecha de la cita.

## D. Documentación adicional

El Syracuse School District pide la presentación del último boletín de calificaciones o expedientes académicos para niños que ingresen a los grados del 1.º al 12.º. Un Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Program, IEP) debe presentarse por cada niño que reciba servicios de educación especial. Eso permite al distrito asegurar la asignación del grado adecuado, y la oferta de servicios y apoyo que se ajusten a las necesidades individuales de cada niño. Si esa información no está disponible al momento de registrarse, el distrito pedirá registros de la escuela anterior en la que estaba inscrito para obtener la documentación requerida.





# PROGRAMA DE EDUCACIÓN DE MIGRANTES DEL ESTADO DE NUEVA YORK

## ENCUESTA DE LA OFICINA DE IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (Migrant Education Program, MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (Elementary and Secondary School Act, ESEA). El MEP ofrece diversos servicios educativos a familias que trabajan en la agricultura, **independientemente de su nacionalidad o de su estatus legal**. Este programa es **gratis** para todas las familias elegibles, y puede incluir tutorías, elegibilidad para comidas gratis en la escuela, excursiones educativas, programas de verano, actividades de participación para padres, atención de necesidades de emergencia y remisión a otros servicios si fuera necesario.

**Tómese unos minutos para completar este cuestionario.**

**¿Alguien de su familia trabajó o buscó trabajo en las siguientes ocupaciones en los últimos 3 años?**

- Cualquier trabajo de agricultura, granja o pesca (como producción de forraje, producción láctea, producción de frutas o vegetales, cría de aves, pesca, trabajo en criaderos o invernaderos, etc.)
- Trabajo relacionado con la tala, la cosecha o el procesamiento inicial de los árboles
- Trabajo en una planta procesadora de alimentos (como plantas de procesamiento de carne, de aves, empaque de frutas o vegetales, etc.)



**Si la respuesta es SÍ, incluya su información de contacto abajo:**

Nombre del padre, la madre o el tutor \_\_\_\_\_

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Horario más conveniente para comunicarse: \_\_\_\_\_ AM/PM

Dirección anterior: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Para presentar esta remisión, envíe un fax al 518-289-5623, o un email a NYS Migrant Education Program- Identification and Recruitment Office: 100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY 12020.**





Lisette Colón-Collins, Comisionada asistente de la  
Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo

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 sobre el idioma que se habla en la casa (Home Language Questionnaire, HLQ)

*Estimado padre, madre o tutor:  
Para ofrecerle a su hijo la mejor educación posible, necesitamos determinar qué nivel de comprensión, comunicación oral, lectura y escritura tiene en inglés, y conocer su historia personal y escolar previas. Complete la sección de abajo, titulada Antecedentes de idioma e Historial educativo. Se aprecia su colaboración en la respuesta a estas preguntas. Gracias.*

**Por favor, escriba con claridad al completar esta sección.**

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>GÉNERO:</b>
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
Mes	Día	Año
<b>INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/ADULTO EN RELACIÓN PARENTAL:</b>		
Apellido	Nombre	Relación con el estudiante

CÓDIGO DEL IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA

### Antecedentes de idioma

(Marque todas las opciones que correspondan).

1. ¿Qué idiomas se hablan en la residencia o casa del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma natal de cada uno de los padres/tutores?	<input type="checkbox"/> Madre _____ <i>especifique</i>	<input type="checkbox"/> Padre _____ <i>especifique</i>
	<input type="checkbox"/> Tutores _____ <i>especifique</i>	
4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>especifique</i>
5. ¿Qué idiomas habla su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No habla <i>especifique</i>
6. ¿En qué idiomas lee su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No lee <i>especifique</i>
7. ¿En qué idiomas escribe su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No escribe <i>especifique</i>

### THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

<b>SCHOOL DISTRICT INFORMATION:</b>	<b>STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:</b>
District Name (Number) & School	Address





# SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Jaime Alicea, Superintendente de escuelas

Departamento de Registro de Estudiantes

Akua A. Goodrich, Director

## Solicitud de registros

Fecha: \_\_\_\_\_

El estudiante nombrado abajo ha ingresado en nuestro distrito escolar.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

### Escuela de la que se transfiere:

Escuela: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

### Escuela a la que se transfiere:

Syracuse City School District – Centro de Registro  
Nombre del secretario de admisiones: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (315) 435-4545  
Fax: (315) 435-6210

Envíe por fax o email los siguientes registros para la inscripción:

1. Expediente académico actual
2. Calificaciones al momento del cambio de escuela
3. Calificaciones de la escuela de verano
4. Boletines de calificaciones de escuelas anteriores
5. Puntajes de pruebas estandarizadas/estatales
6. Certificado de nacimiento
7. Vacunas y último examen físico
8. Informes de disciplina

### 9. Registros de educación especial, si existen:

- A. IEP actual
- B. Último informe psicológico
- C. 504 (activo o inactivo)
- D. Evaluación del habla
- E. Historial social
- F. Informe de servicios relacionados
- G. Si no es información confidencial, qué modificaciones de pruebas continúan

### Consentimiento del padre/madre/tutor:

Doy mi consentimiento para que los registros académicos y toda otra información pertinente se dé a conocer al Syracuse City School District. La información que envíe se mantendrá en estricta confidencialidad. Doy permiso para que el Syracuse City School District obtenga aclaraciones verbales sobre cualquier información recibida. **De acuerdo con las últimas regulaciones de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (Enmienda Buckley) (Family Education Rights and Privacy Act (Buckley Amendment)), firmada el 17 de junio de 1976, no es necesario obtener un consentimiento escrito para transmitir registros entre escuelas.**

Este estudiante califica para la ley de McKinney Vento  Sí  No (Marque la casilla que corresponda). Según la M-V, Sección 722 (g)(3)(c); Subsección de la Ley de Educación de Nueva York (N.Y. Education Law) 3209 (2)(3)-(f), dentro de los cinco (5) días de recibido un pedido de registro de la nueva escuela, el distrito en el que el estudiante estaba inscrito deberá enviar todos los registros a la nueva escuela.

Nombre en letra de imprenta - Padre, madre o tutor

Firma - Padre/madre/tutor

N.º de teléfono del padre/madre/tutor:



# SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Jaime Alicea, Superintendente de escuelas

## Servicios médicos

Dr. Ted Triana, Director del Servicio médico

Estimado padre/madre/tutor:

Esperamos con ansias darle la bienvenida a su hijo en el nuevo año escolar. Le escribimos para informarle de un cambio en la ley del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health). Desde **septiembre de 2018, el Estado de Nueva York exige que cada estudiante se haga un examen físico antes de su ingreso a la escuela en Pre-K o K, si son nuevos en el distrito escolar, y en 1.º, 3.º, 5.º, 7.º, 9.º y 11º grados.** Si practican deportes o necesitan un permiso de trabajo, también deben hacerse un examen físico. Su propio médico de cabecera debe hacer el examen. Él conoce bien a su hijo y puede evaluar cualquier cambio en su salud. Además, si es necesario, puede hacer remisiones para solicitar anteojos, para el dentista, etc.

A partir del **1 de julio de 2018, será efectivo en el Estado de Nueva York un nuevo formulario** que deberá ser usado para registrar el examen físico. Se adjunta una copia de este formulario. El proveedor de servicios de salud puede completar el formulario electrónicamente o a mano. Traiga el formulario a la oficina de la enfermera cuando venga con el niño a la escuela.

Un **examen físico actualizado** es un examen fechado antes de los doce meses del comienzo del año escolar para el que se requiere los exámenes. Por ejemplo, si el año escolar comienza el 3 de septiembre de 2018, cualquier examen físico hecho el 3 de septiembre de 2017 o después será válido. Un examen hecho antes de esa fecha se considerará inválido y el niño tendrá que hacerse otro examen. Entendemos que algunos niños quizás no hayan hecho su examen médico anual hasta después del inicio del año escolar. Puede enviar una copia a la enfermera cuando esté completo. Llame a su médico ahora para concertar una cita.

Si su hijo necesita un seguro de salud, lo que incluye Medicaid, Medicaid Managed Care o Child and Family Health Plus, llame al Ejército de Salvación (Salvation Army) (315-476-1382) o a ACR Health (315-475-2430). Recibirá asistencia de un “navegador” que lo ayudará a registrarse. Los beneficios incluyen visitas médicas, atención hospitalaria y de emergencias, servicios de ayuda para el habla y la audición, recetas médicas, salud mental y, en algunos casos salud dental.

El Departamento de Servicios de Salud aprecia su colaboración para la implementación de este nuevo requisito. Para obtener más información o asistencia, comuníquese con la enfermera de la escuela, o con la Oficina de Servicios de Salud (Health Services Office) al 435-4145.



# SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

## Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

### AUTORIZACIÓN PARA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN A LAS ESCUELAS

**Le pedimos que firme este documento para que podamos obtener información de salud por parte del médico de su hijo.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Como el padre/madre/tutor del niño mencionado, llenar este formulario autoriza a su médico, \_\_\_\_\_ a revelar a la escuela la información confidencial de su hijo relacionada con su salud.

(Nombre del médico)

El objetivo de revelar esta información es promover el intercambio preciso de información de salud y coordinar su atención y tratamiento con la escuela del niño. Esta información es importante por muchos motivos. Por ejemplo, la escuela puede necesitar conocer esta información para dar medicamentos, controlar la enfermedad del niño y mantener un registro de vacunación.

Esta autorización limita la revelación de información a lo siguiente:

- Información de vacunación
- Informes de examen físico
- Pruebas de laboratorio
- Medicamentos y tratamientos

Este formulario de autorización no permite la revelación de información de salud confidencial que está especialmente protegida por la ley. Eso incluye la información en relación con el VIH, el abuso de sustancias, la información psiquiátrica y la información genética; la revelación de esa información requiere un formulario específico diferente.

La información se revelará a la escuela del distrito escolar indicado abajo hasta que nos informe que el niño ya no es un estudiante registrado en la escuela. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento notificando al proveedor de servicios de salud por escrito. La revocación de esta autorización implica que ya no podremos revelar la información del niño a la escuela. La atención médica del niño no será afectada si no nos autoriza a revelar su información a la escuela. En otras palabras, no le negaremos tratamiento a su hijo si no firma esta autorización. La información que revelamos a la escuela puede volver a ser revelada a otras personas por la escuela si la escuela no está obligada por ley a proteger la confidencialidad de esa información. Se le dará una copia de esta autorización completa para sus registros.

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Escuela

**Devolver a la enfermera de la escuela**



# SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

## Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

### Formulario de historial de salud

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo M  F

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

¿Alguna vez asistió el niño a una escuela de Syracuse City? No  Sí  Escuela a la que asistió \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue la última consulta? \_\_\_\_\_

Nombre del dentista \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue la última consulta? \_\_\_\_\_

Seguro \_\_\_\_\_ N.º de Medicaid \_\_\_\_\_

**Embarazo y parto:** Peso al nacer \_\_\_\_\_ lb. \_\_\_\_\_ oz Tiempo del embarazo \_\_\_\_\_ meses Trabajo de parto: \_\_\_\_\_ horas

Tipo de parto  Vaginal  Cesárea ¿Hubo complicaciones? \_\_\_\_\_

#### **Crecimiento y desarrollo** Especifique la edad a la que su hijo

Se sentó \_\_\_\_\_ Gateó \_\_\_\_\_ Caminó \_\_\_\_\_ Habló \_\_\_\_\_ Aprendió a ir al baño \_\_\_\_\_

#### **Dé una breve información de lo siguiente en relación con su hijo:**

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias alimenticias: \_\_\_\_\_

Enfermedades graves: \_\_\_\_\_

Accidentes: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_

Operaciones/Hospitalizaciones/Atención en Emergencias \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_

#### **SELECCIONE "SÍ" o "NO" EN LOS CASILLEROS SIGUIENTES si su hijo tuvo alguna vez alguno de los siguientes problemas:**

Sí	No	Afecciones de salud	Sí	No	Afecciones de salud
		ADHD			Hepatitis A o B
		Diagnóstico de asma			Elevado nivel de plomo
		Problemas de comportamiento o emocionales			Limitación del nivel de actividad
		Trastornos en la sangre/células falciformes			Convulsiones
		Problemas dentales			Erupciones cutáneas
		Diabetes			Problemas en el habla
		Problemas de audición			Tuberculosis
		Problemas de vista			Otros problemas:
		Problemas cardíacos			

**Explique lo especificado anteriormente o agregue información adicional que nos permita ayudar a su hijo.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Equipos especiales/suministros necesarios \_\_\_\_\_

¿Hay algún miembro de la familia que tenga otros problemas de salud importantes? Explique. \_\_\_\_\_

**COPIE Y ADJUNTE EL REGISTRO DE VACUNACIÓN EN LA PARTE DE ATRÁS DEL FORMULARIO**

**FORMULARIO DE LOS EXÁMENES DE SALUD REQUERIDOS POR LAS ESCUELAS DEL ESTADO DE NUEVA YORK****LO DEBE COMPLETAR ÍNTEGRAMENTE UN PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS PRIVADO O UN DIRECTOR MÉDICO DE LA ESCUELA**

**Nota:** NYSED exige un examen físico para los nuevos ingresantes y estudiantes de los grados Pre-K o K, 1.°, 3.°, 5.°, 7.°, 9.° y 11.°; con frecuencia anual para competencias deportivas interescolares; y permisos de trabajo, según sean necesarios; o según lo exija el Comité de Educación Especial (Committee on Special Education, CSE) o el Comité de Educación Especial Preescolar (Committee on Pre-School Special Education, CPSE).

**INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE**

Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Fecha de examen médico:

**ANTECEDENTES DE SALUD**

<b>Alergias</b> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Orden de medicamentos/tratamiento adjunta	<input type="checkbox"/> Plan de atención de anafilaxis adjunto
<input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	<input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Insectos <input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Al ambiente

<b>Asma</b> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Orden de medicamentos/tratamiento adjunta	<input type="checkbox"/> Plan de atención del asma adjunto
<input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	<input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Persistente	<input type="checkbox"/> Otra: _____

<b>Convulsiones</b> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Orden de medicamentos/tratamiento adjunta	<input type="checkbox"/> Plan de atención de anafilaxis adjunto
<input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	<input type="checkbox"/> Tipo: _____	Fecha de la última convulsión: _____

<b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Orden de medicamentos/tratamiento adjunta	<input type="checkbox"/> Plan de manejo de diabetes adjunto
<input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Resultados de HgbA1c: _____	Fecha de obtención _____

**Factores de riesgo para diabetes o prediabetes:**

Considere una evaluación de T2DM si el IMC% > 85% y tiene 2 o más factores de riesgo: historia médica familiar de T2DM, etnia, Sx resistencia a la insulina, Hx gestacional de la madre; o prediabetes.

**IMC** \_\_\_\_\_ kg/m2 **Percentil (Categoría de peso):**  <5.°  5.°-49.°  50.°-84.°  85.°-94.°  95.°-98.°  99.° y <

**Hiperlipidemia:**  No  Sí **Hipertensión:**  No  Sí

**EXAMEN FÍSICO /EVALUACIÓN**

Altura:	Peso:	Presión:	Pulso:	Frecuencia respiratoria:
PRUEBAS	Positivo	Negativo	Fecha	Otras cuestiones médicas pertinentes
PPD/PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Uno solo funcional: <input type="checkbox"/> Ojo <input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Testículo
Examen de células falciformes/PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Conmoción - Último episodio: _____
<b>Nivel de plomo: obligatorio para grados Pre-K y K</b>			<b>Fecha</b>	<input type="checkbox"/> Salud mental: _____
<input type="checkbox"/> Prueba realizada <input type="checkbox"/> Plomo elevado $\geq 10$ $\mu\text{g/dL}$				<input type="checkbox"/> Otros: _____

Revisión sistémica y examen completamente normal

Marque todos los casilleros de evaluación que estén **fuera** de los límites normales y haga anotaciones abajo en la sección de "Anomalías"

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremidades	<input type="checkbox"/> Habla
<input type="checkbox"/> Odontología	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Espalda/columna	<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Social y emocional
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Genitourinario	<input type="checkbox"/> Neurológico	<input type="checkbox"/> Musculoesquelético

<input type="checkbox"/> Evaluación/Anomalías detectadas/Recomendaciones:	Diagnósticos/Problemas (lista)	Código ICD-10
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Más información adjunta

Nombre:			Fecha de nacimiento:	
<b>PRUEBAS DE DETECCIÓN</b>				
<b>Visión</b>	<b>Derecho</b>	<b>Izquierdo</b>	<b>Remisión</b>	<b>Notas</b>
Agudeza visual a distancia	20/	20/	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Agudeza visual a distancia con lentes	20/	20/		
Visión – Visión de cerca	20/	20/		
Visión – Color <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anómala				
<b>Audición</b>	<b>Derecho</b>	<b>Izquierdo</b>	<b>Remisión</b>	
	decibeles	decibeles		
Audiometría de tonos puros			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Escoliosis</b> Requerida para niños varones de 9.º grado	<b>Negativo</b>	<b>Positivo</b>	<b>Remisión</b>	
Y niñas de 5.º y 7.º grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nivel de desviación:		Ángulo de rotación del torso:		
<b>Recomendaciones:</b>				
<b>RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA/DEPORTES/PATIO DE JUEGOS/TRABAJO</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Actividad plena</b> sin restricciones, lo que incluye Educación Física y Deportes <input type="checkbox"/> <b>Restricciones/Adaptaciones</b> Use las categorías de competencias deportivas interescolares (abajo) para restricciones o modificaciones <input type="checkbox"/> <b>No realizar deportes de contacto</b> <b>Incluidos:</b> béisbol, básquet, animadores de competencia, hockey sobre césped, fútbol americano, hockey sobre hielo, lacrosse, fútbol (soccer), softball, vóley y lucha <input type="checkbox"/> <b>No realizar deportes que no requieran contacto</b> <b>Incluidos:</b> arquería, badminton, boliche, cross-country, esgrima, golf, gimnasia, prácticas de tiro con rifle, esquí, natación y buceo, tenis y atletismo <input type="checkbox"/> <b>Otras restricciones:</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Estado de desarrollo para el Proceso de evaluación de aptitud para deportes SOLAMENTE</b> Los grados 7.º y 8.º que practiquen deportes a nivel High School <b>O</b> los grados de 9.º a 12.º que practiquen deportes a nivel Middle School El estudiante está en el grado: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V de la <b>escala de Tanner</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Adaptaciones:</b> Use el espacio en blanco de abajo para explicaciones <input type="checkbox"/> Soporte */Órtesis <input type="checkbox"/> Colostomía * <input type="checkbox"/> Audífonos <input type="checkbox"/> Bomba de insulina/Sensor de insulina * <input type="checkbox"/> Dispositivo médico/protésico <input type="checkbox"/> Marcapasos/Desfibrilador <input type="checkbox"/> Equipo de protección <input type="checkbox"/> Gafas deportivas de seguridad <input type="checkbox"/> Otros: * Corrobore con el organismo de control de deportes si la aprobación previa o el llenado del formulario se requieren para el uso de dispositivos en competencias deportivas.				
Explique: _____				
<b>MEDICAMENTOS</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Formulario de orden de medicamentos necesarios en la escuela adjunto</b>				
<b>Lista de medicamento que toma en casa:</b>				
<b>VACUNAS</b>				
<input type="checkbox"/> Registro adjunto <input type="checkbox"/> Informado en NYSIS Recibido hoy: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA</b>				
Firma del proveedor de atención médica:			<b>Fecha:</b>	
Nombre del proveedor de atención médica: <i>(Nombre en letra de imprenta)</i>			Sello:	
Dirección del proveedor:				
Teléfono:				
Fax:				
<b>Devuelva este formulario a la escuela de su hijo cuando esté íntegramente completado.</b>				



# SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

## Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

### Certificado de salud dental: Opcional

Padre/madre/tutor: La ley del Estado de Nueva York (Capítulo 281) permite que las escuelas pidan un examen dental antes del ingreso a Pre-K o K si el estudiante es nuevo en el distrito escolar, y en los grados 1.º, 3.º, 5.º, 7.º, 9.º y 11.º. Complete la sección 1 y **lleve este formulario a su dentista para una evaluación**. Si su hijo tuvo una evaluación de salud dental antes de comenzar la escuela, pida a su dentista que complete la Sección 2. Devuelva el formulario completo al director médico de la escuela o a la enfermera de la escuela tan pronto como sea posible.

#### Sección 1. Para ser llenado por el padre, madre o tutor (en letra de imprenta)

Nombre del niño: Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: Sexo:  Masculino  Femenino ¿Será esta la primera consulta al dentista de su hijo?  Sí  No

Escuela: Grado

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

Entiendo que, al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el niño mencionado arriba reciba una evaluación básica de salud bucal. Entiendo que esta evaluación es solo un medio limitado de evaluación para evaluar la salud dental del estudiante, y que necesitaría contratar los servicios de un dentista para que mi hijo reciba un examen de salud dental completo con radiografías, si es necesario, para mantener una buena salud bucal.

También entiendo que recibir esta evaluación preliminar de salud bucal no establece ninguna relación nueva, constante o continua entre el médico y el paciente. Además, no responsabilizaré al dentista ni a los que realicen esta evaluación por las consecuencias o los resultados si elijo NO seguir las recomendaciones que figuran a abajo.

Firma del padre o de la madre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### Sección 2. Para ser llenado por el dentista

I. I. La condición de salud dental de \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ (fecha de evaluación). La fecha de la evaluación debe ser dentro de los 12 meses del inicio del año escolar en el que se solicita. **Seleccione una opción:**

- Sí, el estudiante mencionado arriba se encuentra en buenas condiciones de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.
- No, el estudiante mencionado arriba no se encuentra en buenas condiciones de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

**NOTA:** Que la salud dental no está en buenas condiciones significa que existe una condición que interfiere con la capacidad del estudiante para masticar, hablar o enfocarse en actividades escolares; entre otras, dolor, hinchazón o infección relacionados con la evidencia clínica de caries abiertas. La designación de no estar en buenas condiciones de salud dental para permitir la asistencia a la escuela pública no impide que el estudiante asista a la escuela.

Nombre y dirección del dentista (sellar) \_\_\_\_\_ Firma del dentista \_\_\_\_\_

**Secciones opcionales: Si acepta revelar esta información a la escuela de su hijo, escriba sus iniciales aquí.**

#### II. Estado de salud bucal (marque todo lo que corresponda).

Sí  No **Caries/Antecedentes de restauración:** ¿Ha tenido el niño alguna vez una caries (tratada o no)? [Un empaste (temporal/permanente) O un diente que no esté porque se haya extraído a causa de una caries O de una cavidad abierta].

Sí  No **Hay caries no tratadas:** ¿Este niño tiene una caries abierta? [Al menos ½ mm de pérdida de estructura dental en la superficie del esmalte. Coloración café a café oscuro de las paredes de la lesión. Estos criterios se aplican a las cavidades y lesiones cavitadas con fisura, así como a las superficies lisas de los dientes. Si se conserva la raíz, se asume que todo el diente fue destruido por la caries. Los dientes rotos o astillados y los dientes con empastes temporales se consideran sanos a menos que también haya una lesión cavitada].

Sí  No **Selladores dentales presentes**

Otros problemas (especifique): \_\_\_\_\_

#### III. Necesidades de tratamiento (marque todo lo que corresponda)

- Ningún problema evidente. Se recomienda atención dental de rutina. Acuda a su dentista con regularidad.
- Posiblemente necesite atención dental. Haga una cita con su dentista lo antes posible para una evaluación.
- Se requiere atención dental inmediata. Haga una cita de inmediato con su dentista para evitar problemas.

## CENTROS QUE OFRECEN SERVICIOS DE SALUD DENTAL

<b>Proveedor</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfono</b>
Loretto Geriatric Center	700 E. Brighton Ave.	(315) 469-5561
St. Joseph's Hospital Health Center	301 Prospect Ave.	(315) 448-5477
Syracuse Community Health Center	819 S. Salina St.	(315) 476-7921
Syracuse Community Health Center	1938 E. Fayette St.	(315) 474-4077
Syracuse Community Health Center	603 Oswego St.	(315) 424-0800
University Hospital SUNY Health Science Center	750 E. Adams St.	(315) 464-4320