



DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE LAKELAND

STUDENT NAME: _____	DATE _____
STUDENT ID #: _____	GRADE: _____
SCHOOL: _____	
Email: _____	

PARA UPK- SU CBOD MUSTXEAHAGE 4 EN O ANTES DEL 1 DE DICIEMBRE Y

FICHA DE MATRÍCULA DE ALUMNOS

Esta sección para ser fill M out IfV pannt/guardfan

DEBE COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO Y PROPORCIONAR TODOS LOS DOCUMENTOS PARA SU REGISTRO DEL NIÑO A PROCESAR. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR NO DUDE EN PREGUNTAR. **NO COMPLETAR el formulario NTE o PRI** • **LA INFORMACIÓN RETRASARÁ EL REGISTRO DE SU HIJO.**

Nombre del estudiante: Pinta @MM Último,

Dirección: Número de Houme y calle. _____

Código Chy/Tanan/Stata/zp

Telefeno Nunber _____

Información sobre estudiantes

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento de Blrth (City, Estado)

Ganso

Edificio de Administración, 1088 East Main Street • Shrub Oak, Nueva York 10588Tel: 914-245-1700 • Fax: 914-246-2381
www.lakelandschools.org

Ambas secciones A y B deben completarse:

A. ¿Este estudiante es hispano o latino? (Elija *solo uno*)

- No, no hispano ni latino
- Sí, hispano o latino

B. Es este estudiante: (Elija *uno o mon. Usted mint seleccione en lemt uno.*)

- indio americano o nativo de Alaska
- Aslan
- Negro o afroamericano
- Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico
- Q** Blanco

Idioma dominante _____

Idioma dominante de los padres/tutores

SÍ NO

Necesidad de intérprete para las reuniones escolares

(Si está separado o divorciado, ¡proporcione una copia certificada de cualquier acuerdo de separación! Decreto de DIworce u Orden de Custodia O Complete el formulario de cuidado, custodia y control de LCSD)

El estudiante vive con: _____ Parants naturales)

(Padre Estudiante reside con)

____ Padre con custodia

(Si se separa o divarcad, proporcione una copia certificada de cualquier acuerdo de separación, decreto de divorcio u orden de custodia O complete LCSD Cara, Formulario de custodia y control)

(Se requieren documentos de tutela)

____ Tutor Legal

(Se requiere la hoja de fechas del niño de crianza)

____ Familia de acogida

(Orden de emancipación o declaración jurada de emancipación es Obligatorio)

____ Emandpated

(Debe presentar declaraciones juradas de responsabilidad completadas y notariadas)

Otro

Nombre de Futher: Descansa al final.

Dirección del padre: _____

Número de teléfono del padre (día). _____

Teléfono celular _____

Nombre de la madre: Primero Último

Dirección de la madre: (I diferente de arriba) _____

Número de teléfono de la madre (día) (noche) Teléfono de llamada _____

Si el estudiante vive con alguien que no sea un padre:

Los nombres del guardián son los últimos

Dirección del tutor: _____

Número de teléfono del tutor (día) _____ (Noche)

Teléfono celular _____ Nombre de contacto de emergencia Número de teléfono

Nombre de Physician: Número de teléfono

School(s) anterior(es) asistieron: Por favor, proporcione nombres de escuelas, direcciones y números de teléfono

¿El niño ha asistido alguna vez a las escuelas de Lakeland antes? En caso afirmativo, cuándo

¿Alguna vez el niño ha sido clasificado como un estudiante con una discapacidad o tiene un Programa Educativo Individualizado (IEP)? Sí No

Otros niños en el hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relationship	Escuela de
Asistencia	Grado		

NOTA: LA INSCRIPCIÓN GENERALMENTE TOMA HASTA TRES (3) DÍAS ESCOLARES DEPENDIENDO DE LOS MATERIALES DE REGISTRO PROPORCIONADOS.

Padre/Guardian
Inicial después de la lectura

_____ 1. Entiendo que el submisión de este documento no garantiza la registración de mi hijo en el Distrito Escolar Central de Lakeland.

_____ 2. Entiendo que el Distrito puede verificar toda la información proporcionada. Incluyendo llamadas telefónicas y visitas al sitio.

_____ 3. Entiendo que si cambio mi título de residencia o cualquier información proporcionada anteriormente,

Los números de teléfono, debo notificar al personal de la escuela inmediatamente y completar el formulario apropiado.

4. Afirmando que la información proporcionada es completa y precisa. Entiendo que si he proporcionado información falsa o tergiversación de la información con respecto a la residencia, puede ser motivo de exclusión del estudiante. Además, puedo ser responsable por los costos de educación de mi hijo y puedo estar sujeto a enjuiciamiento civil o penal.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

Fecha

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento: IDB

SOLO PARA USO EN LA OFICINA DE LA ESCUELA:

Fecha de inicio:

Inscrito por primera vez

Volver a registrar _____

ESCUELA

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA (Toda la información debe ser grosella - dentro de los últimos 30 días)

PROPIETARIO

INQUILINO

CÓDIGO DE EXCEPCIÓN (si corresponde)

ELL SE FOSTERTUTION FUERA DE LA COLOCACIÓN DEL DISTRITO

SSI MEDICAID PARA PERSONAS SIN HOGAR

SEGURIDAD SOCIAL

EMPLEADO TumON

INFORMACIÓN MÉDICA: La información de inmunización y examen médico debe ser recibida y verificada por la enfermera de la escuela antes de solicitar el número de identificación del estudiante. La enfermera de la escuela debe firmar a continuación para confirmar la verificación.

Enfermera Escolar

Fecha

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE LA ESCUELA DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN PARA VERIFICAR QUE HAN CONFIRMADO TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PADRE / TUTOR CON RESPECTO AL ESTUDIANTE Y LA RESIDENCIA.

Oficina de la escuela

Fecha

Consejero Escolar

Fecha

Director de la escuela

Dato

OUVISED2/18



VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE RESIDENCIA

El Distrito Escolar Central de Lakeland requiere prueba de residencia y puede hacer una investigación razonable para verificar la residencia y la elegibilidad para la admisión a sus escuelas.

Para verificar la residencia en el momento de la inscripción, se requiere lo siguiente:

A. Para propietarios de viviendas: debe presentar tres (3) documentos, de la siguiente manera:

Recibo de impuestos sobre bienes inmuebles o declaración de cierre firmada por el abogado y la escritura (incluyendo Portada de grabación del condado de Westchester r Condado de Putnam)

Y

Dos (2) de los siguientes documentos actuales a nombre del propietario:

Declaración de hipoteca	Certificado de Seguro de Propiedad
Factura	Factura de fueloil
Formulario W2 reciente	Licencia de conducir, permiso de aprendizaje, identificación de no conductor (con
Factura de TV por cable	nueva dirección)

Nota: No se aceptarán documentos con solo una dirección de apartado postal.

B. Para inquilinos - Debe presentar cuatro (4) documentos, de la siguiente manera:

Una declaración jurada completada, firmada y notariada del propietario/arrendador (formulario LCSD)

Y

Un contrato de arrendamiento válido y completamente ejecutado para la unidad de alquiler o un recibo de alquiler firmado por el propietario, incluida la dirección y el número de teléfono del propietario y la dirección de la propiedad (dentro de los últimos 30 días).

Y

Dos (2) de los siguientes documentos actuales a nombre del Arrendatario:

Factura	Certificado de Seguro de Propiedad
Factura de fueloil	Factura de TV por cable
Formulario W2 reciente	Cartas de agencias o trabajadores sociales
Hoja de presupuesto de DSS	
Sección 8 o Declaración Municipal de Vivienda	
Licencia de conducir, permiso de aprendizaje, identificación de no conductor	
(con nueva dirección)	

Nota: No se aceptarán documentos con solo una dirección de apartado postal.

C. Para los padres / estudiantes que residen con un miembro de la familia / amigo, debe presentar cinco (5) documentos, de la siguiente manera:

a Completado. Declaración jurada firmada y notariada del propietario/arrendador (formulario LCSD)

Y

Dos (2) documentos que verifiquen la residencia del miembro de la familia / amigo (ver arriba para propietarios e inquilinos).

Y

Dos (2) de los siguientes documentos a nombre de los Padres:

Factura	Certificado de Seguro de Propiedad
Factura de fueloil	Factura de TV por cable
Formulario W2	Sección 8 o Declaración Municipal de Vivienda
Hoja de presupuesto	Cartas de agencias o trabajadores sociales
CC	Chequera, extracto bancario Estado de cuenta de la tarjeta de crédito
Estado de cuenta/tarjeta del seguro del automóvil	Estados de cuenta del préstamo del automóvil
Teléfono celular o facturas telefónicas	

Licencia de conducir, permiso de aprendizaje, identificación de no conductor (**con nueva dirección**)

Documentos de la agencia gubernamental (cupones de alimentos, tarjetas médicas, cambio de dirección del DMV)

Nota: No se aceptarán documentos con solo una dirección de apartado postal. No podemos aceptar ningún registro que NO incluya un certificado de nacimiento ORIGINAL.

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS; Ofrezca asistencia a los estudiantes y familias para completar este formulario. Este formulario deberfa de ser incluido como la primera pagina de los materiales de inscripcin que el distrito comparte con familias. No incluya este formulario en el paquete de inscripcin sin advertencias apropiadas. Porejemplo, tendr que cambiar partes del paquete de inscripcin que requieren que se entreguen prueba de inscripcin antes de matricular. Estudiantes elegibles segun el Acto de McKinney-Vento, no necesitan entregar prueba de residencia y otros documentos normalmente requeridos antes de matricular.

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: Distrito Escolar Central De Lakeland

Nombre de la Escuela:

Nombre del Estudiante:

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Grado: _____ ID#: _____
Mes Diámetro Año (Jardín de Infantes -12) (opcional)

Genero: • Hombre Mujer »

•) * » |

Dirección:

Teléfono:

Su respuesta abajo permitira al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija segun el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripcin inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunizacin, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles segun el Acto de McKinney-Vento tienen ademas derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.

Donde esta el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque una caja.)

- En un refugio
- Con otra familia o otra persona debido a la perdida del hogar o a dificultades economicas
- En un hotel/motel
- En un carro, parque, autobus, tren, o camping
- Otra vivienda temporal (Por favor describa):

- En un hogar permanente

 Nombre de Padre, Guardian, o
 Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

 Firma de Padre, Guardian, o
 Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Fecha

Si CUALQUIER caja que no sea "En un hogar permanente" est marcada, no se requieren prueba de domicilio u otros documentos normalmente requeridos para inscripcin y el estudiante debe ser matriculado inmediatamente. Despuds de que el estudiante sea matriculado, el distrito o la escuela debe pedir los documentos escolares, incluyendo los documentos de inmunizacin, al distrito o la escuela anterior. El enlace del distrito debe ayudar al estudiante conseguir cualquier otro documento necesario o inmunizacin.

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Si el estudiante **NO** vive en un hogar permanente, favor de asegurarse que una Formulario de Designacin sea completado.



Elisa Alvarez, Comisionada Asociada Oficina de
 Educación bilingüe e idiomas del mundo

55 Hanson Place, Habitación 594 89 Washington Avenue, Habitación 528EB
 11217, Brooklyn, Estado de Nueva York 12234, Albany, Estado de Nueva York
 Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459 (518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de lengua materna (HLQ)

Estimado padre o persona en relación parental:
 Con el fin de proporcionar a su hijo la mejor educación posible, tenemos que determinar qué tan bien él o ella entiende, habla, lee y escribe en inglés, así como la escuela previa y la historia personal. Por favor, complete las secciones a continuación tituladas Antecedentes lingüísticos e historia educativa. Su ayuda para responder a estas preguntas es muy apreciada.
 Gracias. !

s'ls... . . .		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Primero	Medio	Último
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
PADRE/PERSONA EN INFORMACIÓN DE RELACIÓN PARENTAL:		
Apellido	Nombre	Relación con

CÓDIGO DE IDIOMA DEL HOGAR

Antecedentes del idioma (por favor, marque todo lo que corresponda.)		
1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otros _____ <i>especificar</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo?	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otros _____ <i>especificar</i>
3. ¿Cuál es el idioma del hogar de cada padre/tutor?	<input type="checkbox"/> Padre 1	<input type="checkbox"/> Padre 2 _____ <i>especificar</i>
	<input type="checkbox"/> Guardián(s)	_____ <i>especificar</i>
4. ¿Qué idioma(s) entiende su hijo?	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otros _____ <i>especificar</i>
5. ¿Qué idioma(s) habla su hijo?	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> No habla <i>especificar</i>
6. ¿Qué idioma(s) lee su hijo?	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> No lee <i>especificar</i>
7. ¿Qué idioma(s) escribe su hijo?	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> No escribe <i>especificar</i>

especificar

THIB>d=citE (©i2 CoeP

W DB IRIS | I AHlet) srUDE I B RHeBrNHp

INFORMACIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR:	NÚMERO DE identificación de ESTUDIANTE EN NYS STUDENT Sistema de información:
Nombre Oistrici (Numbel) 4 Escuela: _____ AMess: _____	

ETGLISH

Historia de Ed ucationat

u. l n d l c a t a el número total de años que su hijo ha pasado en la escuela

9. ¿Cree que su hijo puede tener alguna dificultad o condición que afecte su capacidad para entender, asustarse, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, sírvase describirlos

Sí No No estoy seguro

"Iryas, por favor explique:

¿Qué tan graves crees que son estas dificultades? Menores Algo grave Muy grave

10a. ¿Alguna vez su hijo ha sido aplazado para una evaluación de educación especial en el pasado? No • Sí Pease complete 10b a continuación

10b. **R ttferr BL** ¿Alguna vez su hijo ha recibido servicios de educación especial de **Cecaiyacany** en el pasado?

No • Sí "Tipo de servicios recibidos.

© Ag en el que se reciben los servicios (Por favor, verifique todo lo que corresponda) /

Nacimiento a 3 años (Inte-venton temprano) •3 a 5 años (Educación Especial) •6 años o más (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo un Programa de Educación Individualizado (IEP)? •No •Sí

11. ¿Hay algo más que usted Ink ls l am portent para que la escuela sepa acerca de su hijo? (p. ej., talentos especiales, problemas de salud, etc. J

¿En qué idiomas le gustaría recibir información de la escuela (

Mes: Día: Year

Firma o padre o persona en relación parental

Fecha

Relación con el alumno: 0 Padres otros:

SÓLO ENTRADA OFICIAL - NOMBRE/POSICIÓN DEL PERSONAL QUE ADMINISTRA el HLQ	
NOMBRE:	POSICIÓN:
Si se proporciona un intérprete, nombre de la lista, posición y credenciales:	
NAMIE/POSICIÓN DEL PERSONAL CALIFICADO REVISIÓN DE HLQ ANO REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS INDIVIDUALES	
NOMBRE:	POSICIÓN:
ENTREVISTA ORAL NECESARIA: <input type="checkbox"/> NO •	
"FECHA DEL INDIVIDUO ENTREVISTA: MO DÍA AÑO.	RESULTADO DE INDIVIDUAL ENTREVISTA: - ADMINISTRAR NYSITELL • ENGUSH COMPETENTE • CONSULTE EL EQUIPO DE COMPETENCIA LINGÜÍSTICA
NOMBRE/CARGO DEL PERSONAL CALIFICADO QUE ADMINISTRA NYSITELL	
NOMBRE:	POSICIÓN:
FECHA DE NS EI ADMINISTRACIÓN: Mo. Día Año.	NIVEL PROFICIENCYLEVEL LOGRADO <input type="checkbox"/> ENTRANDO EN <input type="checkbox"/> EMERGENTE <input type="checkbox"/> TRANSICIÓN <input type="checkbox"/> EXPANSIÓN <input type="checkbox"/> MANDO NYSITEL:
PARA LOS ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES, UST ADAPTACIONES, SI LAS HUBIERA, ADMINISTRADAS DE ACUERDO CON EL IEP DE CONFORMIDAD CON LA RECOMENDACIÓN DE CSE:	



Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo

55 Hanson Place, Habitación 594
11217, Brooklyn, Estado de Nueva York
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Habitación 528EB
12234, Albany, Estado de Nueva York
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire * HLQ)

CÓDIGO DE IDIOMA DEL HOGAR

Conocimientos de idiomas

Estimados padres o persona en relación parental: (Por favor, marque)
1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a),

2. ¿Cuál es el primer idioma que su hijo(a) aprendió a leer o ella, 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.

3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?

6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ especificar
Nombre <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	Segundo nombre Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:	
<input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2	especifique GNERO:
_____ especificar	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Mes <input type="checkbox"/> Tutor(es) Diámetro Año	especifique
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL	
especifique	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe hablar	
Apellido	Primer Nombre especificar Relación con el estudiante
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe leer	especifique
<input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe escribir	especifique

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:	
SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School	
Address	

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 describalos.

SC **No Nosesabe**

- *En caso afirmativo, por favor explique:

¿Qué gravedad consideró 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 SI* 'Por favor, llene 10b. 10b. *Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, **ha** recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

- No SI - Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (fa vor 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)? No SI

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

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

Firma de un padre o de la persona en relación paterna

Mes: _____ Diámetro: _____ Año: _____
Fecha

Relación con el estudiante: Padre Otra:

SOLO ENTRADA OFICIAL - NOMBRE/CARGO DEL PERSONAL QUE ADMINISTRA el HLQ

NOMBRE:	POSICIÓN:
SI SE PROPORCIONA UN INTÉRPRETE, ENUMERE EL NOMBRE, EL CARGO Y LAS CREDENCIALES:	
NOMBRE/PUESTO DEL PERSONAL CALIFICADO QUE REvisa EL HLQ Y REALIZA UNA ENTREVISTA INDIVIDUAL	
NOMBRE:	POSICIÓN:
ENTREVISTA ORAL NECESARIA: QNO •YES	
DATEoFINDIVIDUAL	RESULTADO DE <input type="checkbox"/> ADMINISTRAR NYSITELL INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> DOMINIO DEL INGLÉS
ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> CONSULTE EL EQUIPO DE DOMINIO DEL IDIOMA	
NOMBRE/CARGO DEL PERSONAL CALIFICADO QUE ADMINISTRA NYSITELL	
NOMBRE:	POSICIÓN:

NIVEL DE COMPETENCIA
 LOGRADO EN

NYSITELL: ENTRAR EN EMERGENTE TRANSICIÓN EXPANDIRSE MANDO

DATS DE NYSITELL
 ADMINISTRACIÓN:

Mo. DÍA AÑO.

PARA LOS ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES, ENUMERE LOS ALOJAMIENTOS, SI LOS HUBIERA, ADMINISTRADOS DE ACUERDO CON EL IEP DE CONFORMIDAD CON LA RECOMENDACIÓN DE CSE:

HISTORIAL DE SALUD DE FNTERING
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE LAKELAND
SHRUB OAK, NUEVA YORK

INGRESO AL GRADO
A COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE LAKELAND 1

 Correo electrónico: 11

Otra vivienda temporal (Por favor describa): 9

 Cuestionario de lengua materna (HLQ) 10

 Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire * HLQ)..... 15

 Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Pagina Dos 16

 Año escolar 2022-23Requisitos de inmunización del estado de Nueva York para el ingreso / asistencia escolar... 20

 • t * 21

 Año escolar 2022-2023 22

 Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela¹ 22

 kg/m² 25

 Certificado de Salud Dental - Opcional 27

 s Yo Yo * • 29

ACUERDO DE REGLAS Y CÓDIGO DE ÉTICA DEL DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE LAKELAND PARA USUARIOS DE REDES, INTERNET Y CORREO ELECTRÓNICO..... 32

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DE LOS MEDIOS 33

 Dirección y teléfono del propietario/arrendador #..... 32

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE LAKELANDDECLARACIÓN JURADA DE TERCEROS CON RESPECTO A LA RESIDENCIA 37

 ESTADO DE NUEVA YORK () 37

) SS.: 37

 CONDADO DE) 37

 (Nombre[s] de Peremt[s] o Guardisn[s]D) 37

 dentro del Distrito Escolar Central de Lakeland Han residido conmigo desde 37

 No pagan facturas 37

 NOTARIO PÚBLICO..... 38

¿El niño está cubierto por el seguro médico? Sí No

Médico _____ Teléfono () _____ Dentista _____ Teléfono _____

La Ley de Educación del Estado de Nueva York y la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York requieren que todos los estudiantes sean propiedad y estén completamente inmunizados de acuerdo con la ley en el momento de la admisión. Una copia firmada y sellada de la inmunización por su proveedor de atención médica debe ser presentada a la escuela antes de ingresar. <http://www.schoolhealthservicesny.com/files/filesystem/ImmunizationRegulationRevisions.pdf> *

¿Su hijo ha residido fuera de los ESTADOS UNIDOS por más de DOS (2) meses? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿dónde? • _ _ _ _

A COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR Evaluación del historial de salud del estudiante

Que usted sepa, ¿ha tenido su hijo algún problema con lo siguiente? Por favor, marque Sí o No.

Condición	Sí	No	Comente si "Sí"
Alergia __comida«Látex de insectos __medicación __ estacional__ Otro			Especifique alérgeno(s): _____ » _____ . Especifique los síntomas anteriores: _____
¿La alergia ha requerido tratamiento de emergencia?			Tratamiento prescrito: _____
Historia de la anafilaxia			Historia de anafilaxia: última aparición

Asma o problemas respiratorios ___ Persistente	intermitente o		Inhalador de alivio rápido ___ Sí NO _____ Plan de acción para el asma ___ Sí NO _____
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad			
Problemas de comportamiento/desarrollo			
Problemas de vejiga y/o intestino			
Problemas de sangrado			
Parálisis cerebral			
COVID-19: ¿Alguna vez su hijo ha dado positivo?			
Fibrosis quística			
¡Denta! Problemas			* Fecha de la última visita al dentista *
Diabetes			
Lesión en la cabeza o en la columna vertebral			
Problemas de audición o sordera			
Problemas cardíacos			
Hospitalizaciones / Cirugía (motivo / fecha)			
Saturnismo			
Enfermedad de Lyme			
Problemas musculoesqueléticos			(incluir cualquier fractura pasada, etc.)
Convulsiones / Plan de acción para las convulsiones			Fecha de la última incautación
Enfermedad de células falciformes (no rasgo)			
Problemas del habla			
Estomacal / Problemas nutricionales			
Problemas de visión/ anteojos			

Haz una lista de todos los medicamentos recetados y de venta libre que tu hijo toma regularmente:

A COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR

Describe cualquier otra información importante relacionada con la salud o inquietudes sobre su hijo (es decir, sonda de alimentación, soporte de oxígeno, audífono, etc.):

ANTECEDENTES DE DESARROLLO: Entrega: ~ _____ «Plazo: Peso al nacer _____ /Largura:

Condición al nacer: _____ Cianosis: _____ Ictericia: _____ Hábitos de alimentación: Vejiga _____ Intestino _____

Indique la edad aproximada para lo siguiente: SENTADO DE PIE CAMINÓ FRASES DIENTES _____

Nombre de la escuela infantil o escuela anterior _____

Firma del padre o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Tenga en cuenta: Se debe proporcionar un examen físico dentro de los 30 días posteriores a la entrada. Los estudiantes que no devuelvan evidencia de un examen físico tendrán un APPRAISAL de SALUD programado con nuestro Director Médico.



Para: Padre de nuevos participantes

De: Oficina de Servicios al Personal de Alumnos

Re: Ley del Estado de Nueva York y Política del Distrito con respecto a las vacunas y el examen físico
Exámenes para nuevos ingresantes al Distrito Escolar de Lakeland

La Ley de Educación del Estado de Nueva York y la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York requieren que todos los estudiantes que ingresan a la UPK, Grado K-12, estén inmunizados adecuada y completamente de acuerdo con la ley en el momento de la admisión a la escuela, <http://www.health.nv.gov/rublications/2370.pdf>

La prueba de que el niño ha recibido todas las vacunas requeridas debe presentarse a la escuela al momento de la admisión. Dicha declaración de prueba debe incluir fechas de las vacunas y debe estar firmada y sellada por el proveedor médico del estudiante.

Tenga en cuenta que un niño debe ser considerado en cumplimiento con los requisitos de inmunización escolar y debe permanecer en la

escuela, si él o ella ha recibido al menos una dosis de cada una de las vacunas requeridas y tiene citas para regresar a su proveedor de atención médica para el resto de las vacunas requeridas.

La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York establece que ninguna escuela permitirá que un niño asista por más de 14 días sin un certificado adecuado de inmunización. Sin embargo, cuando un estudiante se transfiere de otro país, la ley de salud pública establece que un director u otra persona designada puede permitir que ese niño asista a la escuela por hasta 30 días si hay evidencia de un esfuerzo de buena fe para obtener inmunizaciones o prueba de inmunización pasada a través de pruebas serológicas.

La ley también establece que cada niño matriculado en la escuela pública debe tener un examen físico satisfactorio al ingresar al niño en dicha escuela. La evidencia escrita de que el niño tiene el examen físico requerido por un proveedor médico con licencia debe presentarse dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de ingreso. Se aceptará un formulario de examen físico completo firmado y fechado por un médico con licencia dentro de un año antes de la fecha de ingreso del niño a la escuela y satisfará este requisito. Los estudiantes que no devuelvan evidencia de un examen físico tendrán un examen programado con nuestro médico de la escuela.

La Política #5141.3 de la Junta de Educación de Lakeland exige la adhesión y la aplicación de la Ley de Educación y la Ley de Salud Pública en materia de inmtnizaciones requeridas y exámenes físicos requeridos.

Si necesita alguna pregunta o asistencia, comuníquese con la enfermera registrada en la escuela de su hijo o en esta oficina.

R-2

Edificio de Administración, 1086 East Main Street • Shrub Oak, Nueva York 10588Tel
: 914-245-1700 • Fax: 914-245-2381 • www.lakelandschools.org

Año escolar 2022-23 Requisitos de inmunización del estado de Nueva York para el ingreso / asistencia escolar

NOTAS:

Los niños en un entorno de prekindergarten deben ser vacunados apropiadamente para su edad. El número de dosis depende del calendario recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP). Los intervalos entre las dosis de la vacuna deben estar de acuerdo con el calendario de vacunación recomendado por el ACIP para personas de 0 a 18 años de edad. Las dosis recibidas antes de la edad mínima o intelectos no son válidas y no cuentan para el número de dosis que se enumeran a continuación. Consulte las notas a pie de página para obtener información específica para cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir con los requisitos de inmunización de los grados para los cuales son equivalentes a la edad.

Los requisitos de dosis DEBEN leerse con las notas al pie de este cronograma

Vacunas	Prekindergarten (guardería, Head Start, guardería o prekínder)	Kindergarten y grados 1,2,3,4 y 5	Grados 6,7,8, 9,10 y 11	Grado 12
Vacuna que contiene toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)2	4 dosis	5 dosis o 4 dosis Si la 4ª dosis se recibió a los 4 años o más o 3 dosis si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir de 1 año o más	Yo Yo	3 dosis
Vacuna que contiene toxoide para el tétanos y la difteria y refuerzo adolescente de la vacuna contra la tos ferina (Tdap?)		No aplicable		1dosis
Vacuna contra la poliomielitis (PVIOPV)	3 dosis	4 dosis o 3 dosis Si la tercera dosis se recibió a los 4 años o más		
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)"	1 dosis		2 dosis	
Vacuna contra® la hepatitis B	3 dosis		3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B en adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis con al menos 4 meses de diferencia entre las edades de 11 a 15 años	
Vacuna contra la varicela»	1dosis		2 dosis	
Vacuna meningocócica conjugada (MenACWY)		49 No aplicable	Grados 7,8,9,10 y 11: 1 dosis	2 dosis o 1 dosis si la dosis se recibió a los 16 años o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)?°	1 a 4 dosis		No aplicable	
Vacuna antineumocócica conjugada (PCV)w	lto 4 dosis		No aplicable	

1. Evidencia serológica demostrada de anticuerpos contra el sarampión, las paperas o la rubéola o confirmación de laboratorio de estas enfermedades. Es una prueba aceptable de inmunidad a estas enfermedades. Las pruebas serológicas para la poliomielitis son una prueba aceptable de inmunidad solo si la prueba se realizó antes del 1 de septiembre de 2019 y los tres serotipos fueron positivos. Un análisis de sangre positivo para el anticuerpo de superficie de la hepatitis B. Es una prueba aceptable de inmunidad a la hepatitis B. Evidencia serológica demostrada de anticuerpos contra la varicela, confirmación de laboratorio de la enfermedad de la varicela o diagnóstico por parte de un médico, asistente médico o enfermera practicante de que un niño ha tenido la enfermedad de la varicela. Es una prueba aceptable de inmunidad a la varicela.
2. Vacuna contra los toxoides de la difteria y el tétanos y la tos ferina acelular (DTaP). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de 5 dosis de la vacuna DTaP a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y de 15 a 18 meses y a los 4 años o más. La cuarta dosis puede recibirse a partir de los 12 meses de edad, siempre que hayan transcurrido al menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario repetir la cuarta dosis de DTaP si se administró al menos 4 meses después de la tercera dosis de DTaP. La dosis final en la serie debe recibirse en o después del cuarto cumpleaños y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
 - b. Si la cuarta dosis de DTaP se administró a los 4 años o más, y al menos 6 meses después de la dosis 3, no se requiere la quinta dosis (de refuerzo) de la vacuna DTaP.
 - c. Para los niños nacidos antes del 1/1/2005, sólo se requiere inmunidad a la difteria y las dosis de DT y Td pueden cumplir este requisito.
 - d. Los niños de 7 años en adelante que no están completamente inmunizados con la serie de vacunas DTaP infantiles deben recibir la vacuna Tdap como la primera dosis en la serie de recuperación; si se necesitan dosis adicionales, use la vacuna Td o Tdap. Si la primera dosis se recibió antes de su primer cumpleaños, entonces se requieren 4 dosis, siempre y cuando la dosis final se recibió a los 4 años o más. Si la primera dosis se recibió en o después del primer cumpleaños, se requieren 3 dosis, siempre y cuando la dosis final se haya recibido a los 4 años o más.
3. Toxoides del tétanos y la difteria y vacuna de refuerzo para adolescentes contra la tos ferina acelular (Tdap). (Edad mínima para los grados 6,7 y 8:10 años; edad mínima para los grados 9 a 12:7 años)
 - a. Los estudiantes de 11 años o más que ingresan a los grados 6 a 12 deben recibir una dosis de Tdap.
 - b. Además del requisito de grado 6 a 12, Tdap también se puede administrar como parte de la serie de actualización para estudiantes de 7 años de edad y mayores que no están completamente inmunizados con la serie DTaP infantil, como se describió anteriormente. En el año escolar 2022-2023, solo las dosis de Tdap administradas a la edad de 10 años o más satisfarán el requisito de Tdap para estudiantes en los grados 6, 7 y 8; sin embargo, las dosis de Tdap administradas a la edad de 7 años o más satisfarán el requisito para los estudiantes en los grados 9 a 12.
 - c. Los estudiantes que tienen 10 años de edad en el grado 6 y que aún no han recibido una vacuna Tdap están en cumplimiento hasta que cumplen 11 años de edad.
4. Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) o vacuna oral contra la poliomielitis (OPV). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de IPV a los 2 meses, 4 meses y entre los 6 y los 18 meses, y a los 4 años o más. La dosis final de la serie debe recibirse en o después del cuarto cumpleaños y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
 - b. Para los estudiantes que recibieron su cuarta dosis antes de los 4 años y antes del 7 de agosto de 2010, 4 dosis separadas por al menos 4 semanas. Es suficiente.
 - c. Si la tercera dosis de la vacuna contra la poliomielitis se recibió a los 4 años o más y al menos 6 meses después de la dosis anterior, no se requiere la cuarta dosis de vacuna contra la poliomielitis.
 - d. Para niños con antecedentes de OPV, solo la OPV trivalente (IOPV) cuenta para los requisitos de la vacuna contra la poliomielitis en las escuelas del estado de Nueva York. Las dosis de OPV administradas antes del 1 de abril de 2016 deben contarse a menos que se indique específicamente como monovalentes, bivalentes o administradas durante una campaña de inmunización contra el poliovirus. Las dosis de OPV administradas a partir del 1 de abril de 2016 no deben contarse.
5. Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR). (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna MMR debe haberse recibido en o después del primer cumpleaños. La segunda dosis debe haberse recibido al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis para que se considere válida.
6. Sarampión: Se requiere una dosis para prekindergarten. Se requieren dos dosis para los grados de kindergarten a 12.
 - c. Paperas: Se requiere una dosis para prekindergarten. Se requieren dos dosis para los grados de kindergarten a 12.
 - d. Rubéola: Se requiere al menos una dosis para todos los grados (prekindergarten a 12).
6. Vacuna contra la hepatitis B
 - a. La dosis 1 puede administrarse al nacer o en cualquier momento posterior. La dosis 2 debe administrarse al menos 4 semanas (28 días) después de la dosis 1. La dosis 3 debe ser al menos 8 semanas después de la dosis 2 y al menos 16 semanas después de la dosis 1 y no antes de las 24 semanas de edad (cuando se administren 4 dosis, sustituya "dosis 4" por "dosis 3" en estos cálculos).
 - b. Dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B en adultos (Recombivax) recibidas con al menos 4 meses de diferencia entre los 11 y los 15 años cumplirán con el requisito.
7. Vacuna contra la varicela. (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela debe haberse recibido en o después del primer cumpleaños. La segunda dosis debe haberse recibido al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis para que se considere válida.
 - b. Para niños menores de 13 años, el intervalo mínimo recomendado entre dosis es de 3 meses (si la segunda dosis se administró al menos 4 semanas después de la primera dosis, puede aceptarse como válida); para personas de 13 años o más, el intervalo mínimo entre dosis es de 4 semanas.
8. Vacuna meningocócica conjugada ACWY (**MenACWY**). (Edad mínima para los grados 7,8 y 9:10 años; edad mínima para los grados 10 a 12:6 semanas)
 - a. Se requiere una dosis de vacuna meningocócica conjugada (Menactra, Menveo o MenQuadT) para los estudiantes que ingresan a los grados 7,8,9,10 y 11.
 - b. Para los estudiantes en el grado 12, Si la primera dosis de la vacuna meningocócica conjugada se recibió a los 16 años o más, no se requiere la segunda dosis (refuerzo).
 - c. La segunda dosis debe haberse recibido a los 16 años o más. El intervalo mínimo entre dosis es de 8 semanas.
9. Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna Hib a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y los 15 meses. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día de acuerdo con el calendario de actualización del ACIP. La dosis final debe recibirse a los 12 meses o después.
 - b. Si se recibieron 2 dosis de la vacuna antes de los 12 meses de edad, solo se requieren 3 dosis con la dosis 3 a los 12 a 15 meses y al menos 8 semanas después de la dosis 2.
 - c. Si la dosis 1 se recibió entre los 12 y los 14 meses de edad, solo se requieren 2 dosis con la dosis 2 al menos 8 semanas después de la dosis 1.
 - d. Si la dosis 1 se recibió a los 15 meses o más, solo se requiere 1 dosis.
 - e. La vacuna Hib no es necesaria para niños de 5 años o más.
10. Vacuna antineumocócica conjugada (PCV). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna PCV a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y de 12 a 15 meses. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día de acuerdo con el calendario de actualización del ACIP. La dosis final debe recibirse a los 12 meses o después.
 - b. Los niños no vacunados de 7 a 11 meses deben recibir 2 dosis, con al menos 4 semanas de diferencia, seguidas de una tercera dosis entre los 12 y los 15 meses.
 - c. Los niños no vacunados de 12 a 23 meses deben recibir 2 dosis de la vacuna con al menos 8 semanas de diferencia.
 - d. Si se recibió una dosis de la vacuna a los 24 meses o más, no se requieren dosis adicionales.
 - e. PCV No se requiere para niños de 5 años o más.
 - f. Para más información, consulte la tabla PCV disponible en el Folleto de Instrucción de Encuestas Escolares en: www.health.ny.gov/prevention/immunization/schools

Departamento de
Salud del Estado de Nueva York**Oficina de Inmunización**
Habitación 649, Corning Tower
ESPAlbany, NY 12237
(518) 473-4437

Unidad de Apoyo al Programa del Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York, Oficina de Inmunización, 42-09 28th Street, 5to piso
Long Island City, NY 11101
(347)396-2433

Año escolar 2022-2023

Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela¹

NOTAS:

Los niños que están en prekindergarten deben tener las vacunas correspondientes a su edad. La cantidad de dosis depende del programa recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunas deben corresponder al programa de vacunación recomendado por el ACIP para personas de 0 a 18 años. Las dosis aplicadas antes de la edad mínima o de los intervalos mínimos no son válidas y no se tienen en cuenta al calcular la cantidad de dosis que se mencionan abajo. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir los requisitos de vacunación de los grados para los que son equivalentes en edad.

Se DEBEN leer los requisitos de dosis con las notas al pie de página de este programa

Vacunas _____	Prekindergarten (guardería infantil, programa Head Start, guardería o pre-K)	Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º, 4.º y 5.º grado	6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado	12.º grado
Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)	4 dosis	5 dosis o 4 dosis si la cuarta dosis se aplica a los 4 años de edad o más, o 3 dosis Si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año	•	• 3 dosis
Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes®		No corresponde	Yo	1 dosis
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)[»]	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la tercera dosis se aplica a los 4 años de edad o más		
Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)[']	1 dosis	2 dosis		
Vacuna contra la hepatitis B®	3 dosis	3 dosis 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombinax) para niñas que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad		
Vacuna contra la varicela["]	1 dosis	2 dosis		
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)[*]		No corresponde APLFC6	70 años 9.º, 10.º, H.º grado:	2 dosis de dosis si la dosis se 1 dosis a los 16 años de edad o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus Influenzae tipo B (Hib)[»]	1 a 4 dosis	No corresponde		
Vacuna neumocócica conjugada (PCV)^w	1 a 4 dosis	No corresponde		

1. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra el sarampión, las paperas o la rubéola o una confirmación de laboratorio de dichas enfermedades son pruebas aceptables de la Inmunidad ante estas. Las pruebas serológicas para la poliomielitis son una prueba aceptable de la inmunidad. Solo si la prueba se hizo antes del 1 de septiembre de 2019 tres serotipos dieron positivo. Un análisis de sangre con resultado positivo para el anticuerpo de superficie contra la hepatitis B es una prueba aceptable de la Inmunidad ante la hepatitis B. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra la varicela, una confirmación de laboratorio de varicela o el diagnóstico de un médico, un asistente médico o un enfermero de práctica avanzada de que un niño tuvo varicela son pruebas aceptables de la Inmunidad ante la varicela.
2. Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y tos ferina acelular (DTaP). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de 5 dosis de la vacuna DTaP a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 15 y 18 meses de edad, y los 4 años de edad o más. La cuarta dosis puede aplicarse a partir de los 12 meses de edad, siempre que hayan transcurrido por lo menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario que se repita la cuarta dosis de DTaP si se aplicó al menos 4 meses después de la tercera dosis de DTaP. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
 - b. Si la cuarta dosis de DTaP se aplicó a los 4 años de edad o más, y al menos 6 meses después de la tercera dosis, no se requiere la quinta dosis (de refuerzo) de la vacuna DTaP.
 - c. Para los niños nacidos antes del 1/2005, solo se requiere inmunidad a la difteria y las dosis de DT y Td pueden cumplir este requisito.
 - d. Los niños mayores de 7 años que no están completamente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños deben recibir la vacuna Tdap como primera dosis de la serie de actualización; si se necesitan dosis adicionales, use la vacuna Td o Tdap. Si les aplicaron la primera dosis antes de su primer año de edad, deben aplicarse 4 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años de edad o más. Si les aplicaron la primera dosis a partir de su primer año de edad, deben aplicarse 3 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años o más.
3. Refuerzo de la vacuna con toxoide tetánico y diftérico y de la vacuna contra la tos ferina acelular (Tdap) para adolescentes. (Edad mínima para 6.º, 7.º y 8.º grado: 10 años; edad mínima para 9.º a 12.º grado: 7 años)
 - a. Los estudiantes mayores de 11 años que ingresan a los grados de 6.º a 12.º deben recibir una dosis de Tdap.
 - b. Además del requisito para 6.º e 12.º grado, la vacuna Tdap también se puede aplicar como parte de la serie de vacunas de actualización para estudiantes mayores de 7 años que no estén totalmente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños, como se describió arriba. En el año escolar 2022-2023, solo las dosis de Tdap aplicadas a los 10 años o más cumplirán el requisito de Tdap para los estudiantes en los grados 6.º, 7.º y 8.º; sin embargo, las dosis de Tdap aplicadas a los 7 años o más cumplirán el requisito para los estudiantes en los grados 9.º a 12.º.
 - c. Los estudiantes que tienen 10 años de edad en 6.º grado y que aún no recibieron la vacuna Tdap cumplen los requisitos hasta que tengan 11 años.
4. Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) o vacuna antipoliomielítica oral (OPV (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de IPV a los 2 meses, 4 meses y entre los 6 y 18 meses de edad, y los 4 años de edad o más. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
 - b. Para los estudiantes que recibieron la cuarta dosis antes de su cuarto año de edad y antes del 7 de agosto de 2010, es suficiente aplicar 4 dosis con al menos 4 semanas de diferencia.
 - c. Si la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica se aplicó a los 4 años de edad o más y por lo menos 6 meses después de la dosis anterior, no se requiere la cuarta dosis.
 - d. Para los niños con antecedentes de OPV, solo la OPV trivalente ((OPV) se tiene en cuenta para los requisitos de la vacuna antipoliomielítica en las escuelas del Estado de Nueva York. Las dosis de OPV aplicadas antes del 1 de abril de 2016 deben incluirse a menos que se indiquen específicamente como monovalentes, bivalentes o como aplicadas durante una campaña de vacunación contra el virus de la poliomielitis. Las dosis de OPV aplicadas a partir del 1 de abril de 2016 no deben incluirse.
5. Vacuna contra sarampión, paperas y rubola (MMR). (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna MMR debe haberse aplicado a partir del primer año de edad. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
 - b. Sarampión: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
 - c. Paperas: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
 - d. Rubola: Se necesita por lo menos una dosis para todos los grados (prekindergarten hasta 12.º grado).
6. Vacuna contra la hepatitis B
 - a. La primera dosis puede aplicarse al nacer o en cualquier momento después. La segunda dosis debe aplicarse al menos 4 semanas (28 días) después de la primera dosis. La tercera dosis debe aplicarse al menos 8 semanas después de la segunda dosis y al menos 16 semanas después de la primera dosis, PERO no antes de las 24 semanas (cuando se apliquen 4 dosis, reemplazar "cuarta dosis" por "tercera dosis" en estos ciclos).
 - b. Dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) aplicadas con al menos 4 semanas de diferencia entre los 11 y 15 años cumplirán el requisito.
7. Vacuna contra la varicela, (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela debe haberse aplicado a partir del primer año. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
 - b. Para los niños menores de 13 años, el intervalo mínimo recomendado entre dosis es de 3 meses (si la segunda dosis se aplicó por lo menos 4 semanas después de la primera dosis, se puede aceptar como válida); para los mayores de 13 años, el intervalo mínimo es de 4 semanas.
8. Vacuna antimeningocócica conjugada ACWY (MenACWY). (Edad mínima para 7.º, 8.º y 9.º grado: 10 años; edad mínima para 10.º a 12.º grado: 6 semanas)
 - a. Se requiere una dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada (Menactra, Menveo o MenQuadm) para los estudiantes que ingresan a los grados 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º.
 - b. Para los estudiantes del 12.º grado, si la primera dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada se aplicó a los 16 años o más, no se requiere la segunda dosis (de refuerzo).
 - c. La segunda dosis debe haberse aplicado a los 16 años o más, el intervalo mínimo entre dosis es de 8 semanas.
9. Vacuna conjugada contra Haemophilus Influenzae tipo b (Hib). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna Hib a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
 - b. Si se aplicaron 2 dosis de vacuna antes de los 12 meses de edad, solo se requieren 3 dosis si la tercera dosis se aplicó entre los 12 y 15 meses de edad y al menos 8 semanas después de la segunda dosis.
 - c. Si la primera dosis se recibió entre los 12 y 14 meses de edad, solo se requieren 2 dosis si la segunda dosis se aplicó al menos 8 semanas después de la primera dosis.
 - d. Si se aplicó la primera dosis a los 15 meses de edad o más, solo se requiere 1 dosis.
 - e. No se requiere la vacuna Hib para niños mayores de 5 años.
10. Vacuna neumocócica conjugada (PCV). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir 1a vacuna PCV a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
 - b. Los niños no vacunados de 7 a 11 meses de edad deben recibir 2 dosis, con al menos 4 semanas de diferencia, seguidas de una tercera dosis entre los 12 y los 15 meses de edad.
 - c. Los niños no vacunados de 12 a 23 meses de edad deben recibir 2 dosis de la vacuna con al menos 8 semanas de diferencia.
 - d. Si se recibió una dosis de la vacuna a los 24 meses de edad o más, no se requieren dosis adicionales.
 - e. La PCV no es obligatoria para los niños mayores de 5 años.
 - f. Para tener más información, consulte la tabla de PCV que este en el Folleto de Instrucciones para encuestas escolares, en: www.health.ny.gov/prevention/immunization/schools

Para obtener más información, comuníquese con:

**Departamento de
Salud del Estado de Nueva York/Oficina de Inmunización**
649, Corning Tower
ESP Albany, NY 12237
(518)473-4437

Unidad de Apoyo al Programa del Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York, Oficina de Inmunización, 42-09 28th Street, 5th floor Long Island City, NY 11101(347)396-2433

FORMULARIO DE EXAMEN DE SALUD ESCOLAR REQUERIDO DEL ESTADO DE NUEVA YORK DEBE SER COMPLETADO POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIVADO O EL DIRECTOR MÉDICO DE LA ESCUELA SI UN ÁREA NO SE EVALÚA INDICA QUE NO SE HA HECHO

Nota: NYSED requiere un examen físico para los nuevos ingresantes y estudiantes en los grados Pre-K o K, 1,3, 5, 7,9 y 11; anualmente para deportes interescolares; y documentos de trabajo según sea necesario; o según lo requiera el Comité de Educación Especial (CSE) o el Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE).

INFORMACIÓN PARA ESTUDIANTES

Nombre	Sexo: DM •F	DOB:
Escuela:	Grado:	Fecha del examen:

HISTORIAL DE SALUD

Tipo:

- Alergias** No de medicamentos / tratamiento adjuntos Anafilaxia Anafilaxia Adjunto
 Sí, indique el tipo
- Asma** No intermitente persistente otro
 Sí, indique el tipo de medicamentos / tratamiento adjuntos Plan de atención del asma adjunto*
 Fecha de la última incautación:
- Convulsiones** No Tipo:
 Sí, indicar tipo de medicamentos / tratamiento adjuntos plan de atención de convulsiones adjunto
- Diabetes** No Tipo: 1 2
 Sí, indique el tipo Orden de medicamentos/tratamiento adjunta • Administración Médica de Diabetes. Plan adjunta

Factores de riesgo para la diabetes o prediabetes: Considere la posibilidad de realizar pruebas de detección de DM2 si el IMC% > del 85% y tiene 2 o más factores de riesgo: Familia HxT2DM, etnia, resistencia a la insulina Sx, hx gestacional

IMC kg/m²

Percentil (categoría de estado de peso): <5° 5°-49° 50-84 85°-94° 95°-98° 99°>

Hiperlipidemia: No Sí no hecho

Hipertensión: No Sí no hecho

EXAMEN/EVALUACIÓN FÍSICA

Altura:	Peso:	BP:	Pulso:	Respiraciones:
Pruebas de laboratorio	Positivo	Negativo	Fecha	Enumere otras preocupaciones médicas pertinentes (por ejemplo, conmoción cerebral, salud mental, un órgano en)
TB-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pantalla de células falciformes- DPN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nivel de plomo Grados requeridos Pre-K&K	Fecha			
Prueba de <input type="checkbox"/> realizada <input type="checkbox"/> plomo elevado > 5 pg/dL				
Revisión del sistema <input type="checkbox"/> y hallazgos anormales que se enumeran				
<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> ganglios linfáticos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremidades	<input type="checkbox"/> discurso <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> espalda/columna vertebral	<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Social Emocional
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Genitourinario	<input type="checkbox"/> Neurológicos	<input type="checkbox"/> Musculoesquelético
<input type="checkbox"/> Evaluación/Anomalías observadas/Recomendaciones:			Diagnósticos/Problemas (lista)	Código ICD-10*

Información adicional adjunta

*Requerido solo para estudiantes con un IEP que reciben

Nombre:

PROYECCION

DOB:

		S		Recomendación	DOB:
Visión (con corrección si se prescribe)		Derecha	Izquierda		No hecho
Agudeza de distancia		20/	20/	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Agudeza de visión cercana		20/	20/		<input type="checkbox"/>
Detección de percepción del color • <input type="checkbox"/> Suspenso					<input type="checkbox"/>
Notas					
Hearing Passing indica que el estudiante puede escuchar 20dB en todas las frecuencias: 500,1000, 2000,3000,4000 Hz: para los grados 7 y 11 también pruebe a 6000 y 8000 Hz.					No hecho
Detección de tono puro	Pase <input type="checkbox"/> derecho <input type="checkbox"/> fallar	Pase de <input type="checkbox"/> izquierdo <input type="checkbox"/> falla		Referencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Notas					
Detección de escoliosis Niños en el grado 9 y niñas en los grados 5 y 7		Negativo	Positivo	Recomendación	No hecho
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí •No	<input type="checkbox"/>

RECOMENDACIÓN^ PARA PARTICIPAR EN EDUCACIÓN FÍSICA / DEPORTES / PATIO DE RECREO / TRABAJO

- El estudiante puede participar en todas las actividades sin restricciones.
- El estudiante tiene restringida la participación en:
 - Deportes de contacto:** Baloncesto, porristas competitivos, buceo, esquí alpino, hockey sobre césped, fútbol, gimnasia, hockey sobre hielo, lacrosse, fútbol y lucha libre.
 - Deportes de contacto limitado:** Béisbol, Esgrima, Softbol y Voleibol.
 - Deportes sin contacto:** Tiro con arco, bádminton, bolos, campo a través, golf, rifle, natación, tenis y atletismo.
 - Otras restricciones:**

La etapa de desarrollo para el proceso de colocación atlética SOLO se requiere para estudiantes en los grados 7 y 8 que desean jugar en el nivel de deportes interescolares de la escuela secundaria O en los grados 9-12 que desean jugar en el nivel de deportes interescolares modificado.

Etapa de curtidado: I II III •V Edad de la primera menstruación (si corresponde)

- Otros alojamientos*:** (por ejemplo, aparato ortopédico, aparato ortopédico, bomba de insulina, prótesis, gafas deportivas, etc.) Use espacio adicional a continuación para explicar. * Consulte con el organismo rector del atletismo si se requiere la aprobación previa / finalización del formulario para el uso del dispositivo en las competiciones atléticas.

MEDICAMENTOS

- Formulario de pedido de medicamentos) necesario en la escuela adjunto

VACUNAS

registro de adjunto reportados en NYSIIS

PROVEEDOR DE SALUD

Firma del proveedor médico:

Nombre del proveedor: (por favor imprima)

Dirección del proveedor:

«Afinación:

Fax:

Por favor, devuelva este formulario a la escuela de su hijo cuando lo complete.



Certificado de Salud Dental - Opcional

Padre/Tutor: La ley del estado de Nueva York (Capítulo 281) permite a las escuelas solicitar una evaluación de salud oral en los siguientes grados: ingreso a la escuela, K, 2,4, 7 y 10. Es posible que su hijo se haga un chequeo dental durante este año escolar para evaluar su estado físico para asistir a la escuela. Complete la Sección 1 y lleve el formulario a su dentista registrado o higienista dental registrado para una evaluación. Si su hijo tuvo un chequeo dental antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista/higienista dental que llene la Sección 2. Devuelva el formulario completo al director médico o a la enfermera de la escuela.

Sección 1. A completar por el padre o tutor (por favor imprima)

Nombre del niño	Último	Primer	Medio
Fecha de Nacimiento: / / <small>Mes Día Año</small>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Será esta la primera evaluación de salud oral de su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Escuela: Nombre			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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Entiendo que al firmar este formulario estoy consintiendo que el niño mencionado anteriormente reciba una evaluación básica de salud oral. Entiendo que esta evaluación es solo un medio limitado de evaluación para evaluar la salud dental del estudiante, y necesitaría asegurar los servicios de un dentista para recibir un examen dental completo con radiografías Si es necesario para mantener una buena salud oral. * Un

También entiendo que recibir esta evaluación preliminar de salud oral no establece ninguna relación médico-paciente nueva, continua o continúa. Además, no responsabilizaré al dentista o a quienes realizan esta evaluación por las consecuencias o resultados si elijo NO seguir las recomendaciones que se enumeran a continuación.

Firma de los padres.

Fecha

Sección 2. Para ser completado por el dentista / higienista dental

I. La condición de salud dental de _____ en _____ (fecha de evaluación) El La fecha de la evaluación debe ser dentro de los 12 meses posteriores al inicio del año escolar en el que se solicita. Marque uno:

Sí, el estudiante mencionado anteriormente está en condiciones de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

No, el estudiante mencionado anteriormente no está en condiciones de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

NOTA: No estar en condiciones de salud dental significa que existe una condición que interfiere con la capacidad de un estudiante para masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares, incluido el dolor, la hinchazón o la infección relacionada con la evidencia clínica de caries abiertas. La designación de no estar en 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 / higienista dental
(por favor imprima o selle)

Firma del dentista/higienista dental

Secciones opcionales - Si usted está de acuerdo en divulgar esta información a la escuela de su hijo, por favor inicie aquí.

II. Estado de salud bucal (verifique todos los que correspondan)

- Sí Sin **experiencia de caries / historial de restauración: ¿Alguna vez el niño ha tenido una caries** (tratada o no tratada)? [Un relleno (temporal / permanente) O un diente que falta porque se extrajo como resultado de caries O una cavidad abierta].
- Sí No **Sin tratar Caries** - ¿Este niño tiene una cavidad abierta? [Al menos % mm de pérdida de la estructura dental en la superficie del esmalte. Coloración marrón a ceja oscura de las paredes de la lesión. Estos criterios se aplican a las fosas y lesiones cavitadas por fisuras, así como a las de las superficies dentales lisas. Si se retiene la raíz, suponga que todo el diente fue destruido por la caries. Los dientes rotos o astillados, además de los dientes con empastes temporales, se consideran sanos a menos que también esté presente una lesión cavitada].
- Sí **No hay selladores dentales presentes**

Otros problemas (Especificar): _____ - _____

II. Necesidades de tratamiento (verifique todas las que correspondan)

No hay problema obvio. Se recomienda el cuidado dental de rutina. Visite a su dentista regularmente.

Puede necesitar atención dental. Por favor, programe una cita con su dentista tan pronto como sea posible para una evaluación.

- Se requiere atención dental inmediata. Por favor, programe una cita inmediatamente con su dentista para evitar problemas.



Lakeland Central School DisCric

Autorización para la administración de medicamentos

Los medicamentos de cualquier tipo (recetados y / o de venta libre) no se pueden dispensar legalmente a ningún niño en la escuela sin la orden de un proveedor de atención médica y el consentimiento escrito de los padres / guardlan. Los medicamentos deben estar en un recipiente original etiquetado en la farmacia con órdenes específicas y traídos por un adulto. Los medicamentos que se pueden tomar en casa antes o después de la escuela deben organizarse de esta manera.

Formulario de solicitud de administración de medicamentos al estudiante en la escuela

Nombre del estudiante Fecha de nacimiento _____ LI

Le pido a mi hijo, _____ grado recibir el medicamento prescrito a continuación por nuestro proveedor de atención médica con licencia. El medicamento debe ser suministrado por mí en el envase original debidamente etiquetado de la farmacia. La enfermera de la escuela puede comunicarse con el prescriptor según sea necesario.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Imprimir el nombre del padre/tutor -Número de teléfono:

(A(****A****), A*****A qq COMPLETADO POR UNA ATENCIÓN MÉDICA PROPORCIONA *****)

Diagnóstico _____

Nombre del medicamento ¹¹ _____ D _____ . Cantidad de dosis**

Tiempo en que se administrará la medicación Ruta.....

Duración del tratamiento _____ Fecha de vencimiento del tratamiento _____

Posibles reacciones adversas o efectos secundarios

Fecha de firma del médico _____ / ____ / ____

Sello y/o nombre del médico; _____

Dirección: _____

Se requieren permisos del proveedor y de los padres para portar y usar medicamentos de forma independiente.

(anteriormente autoadministrable y/o autotransportado) Complete la sección a continuación y firme si corresponde.

Teléfono: _____

Fax: _____

Permiso del proveedor de atención médica para uso y portación independientes

Doy fe de que este estudiante me ha demostrado que puede autoadministrarse los medicamentos enumerados a continuación de manera segura y efectiva, y puede llevar y usar este medicamento (con un dispositivo de administración si es necesario) de forma independiente en cualquier actividad patrocinada por la escuela / escuela. La intervención y el apoyo del personal solo se necesitan durante una emergencia. Esta orden se aplica a los medicamentos que se verifican a continuación:

Este estudiante es diagnosticado con:

- Alergia y requiere autoinyector de epinefrina
- Asma o afección respiratoria y requiere medicación de rescate respiratorio inhalado
- Diabetes y requiere suministros de insulina/glucagón/diabetes
- que requiere una administración rápida de**

(Diagnóstico estatal)

(Nombre del medicamento)

Firma: _____ Fecha: _____

Permiso del padre/tutor para uso y transporte independiente

Estoy de acuerdo en que mi hijo puede usar su medicamento de manera efectiva y puede llevar y usar este medicamento de forma independiente en cualquier actividad patrocinada por la escuela / escuela. La intervención y el apoyo del personal solo se necesitan durante una emergencia.

Firma: _____ Fecha: _____

Esta orden de medicamentos es válida para el año escolar. Los medicamentos deben recogerse al final del año escolar o desecharse.

LAS ÓRDENES DE MEDICAMENTOS SE PUEDEN ENVIAR POR FAX A: Fax #914____ Atención: Enfermera Escolar



Estimado padre/tutor:

El Distrito Escolar Central de Lakeland, en cumplimiento con el Departamento de Educación del Estado y el Departamento de Servicios de Emergencia del Condado de Westchester, tiene planes establecidos para que todos los estudiantes administren yoduro de potasio (KI) en caso de una emergencia radiológica. El yoduro de potasio (KI) es un medicamento de venta libre que protege la tiroides de la exposición al yodo radiactivo. Sólo protege la glándula tiroides contra una sustancia radiactiva. No es una alternativa a la evacuación o refugio. El refugio sigue siendo la principal acción de protección pública de Nueva York en caso de una emergencia en cualquier sitio de energía nuclear. El yoduro de potasio (KI) es más efectivo cuando se toma a las pocas horas de la exposición. Los efectos protectores duran aproximadamente 24 horas. Está disponible solo en forma de píldora. Para los niños que no pueden tragar pastillas, se puede tomar con alimentos.

S Yo Yo * .
 El distrito escolar solo administrará píldoras de yoduro de potasio (KI) a los niños cuyos padres hayan optado por participar mediante la presentación de su consentimiento para administrar con el distrito escolar. Las personas con sensibilidad conocida al yodo, alergias a los mariscos o trastornos de la tiroides deben consultar a su médico para obtener orientación.

Si desea que su hijo reciba la dosis apropiada para su edad* de yoduro de potasio (KI) en caso de una emergencia nuclear, complete el formulario de permiso a continuación y devuélvalo a la escuela de su hijo. Sin este formulario, su hijo no recibirá yoduro de potasio (KI) del personal del distrito escolar en caso de una emergencia nuclear. Este formulario permanecerá vigente mientras su hijo asista a este distrito escolar. Si tiene alguna pregunta sobre la administración de yoduro de potasio (KI) a su hijo, comuníquese con su médico o con el Departamento de Salud del Condado de Westchester al (914) 813-5000. La información también está disponible en el siguiente sitio web: www.westchesteriiov.com/health. Si tiene alguna pregunta sobre los procedimientos escolares para la administración de yoduro de potasio (KI), comuníquese con el administrador de su escuela.

Sinceramente

Karen Gagliardi, Ed.D.
 Superintendente de Escuelas

mir-zeresagmur aeseesGansaxamaaa==amaens-a-c-qcamace mesmre ceraragesmaeazmirrae-cee-asazinataisimamsaxasemumiseisankemxnesrausunmM-a-zracz--uelccccczena-epirrrremiemsceeznezeca-enevzvezzeFaaasererr.*veesmeremsauaczanczacsasasnmrganassecectezshssetvmgsara-
 cerzamsazuezuruznaecunazrzazacrazamsazaeessrnivaccasananaxsasmanemuswt skzrmltrznissvwaasrtzauisgu-srslmemrmezmcamazasemamadiruranecssa wrevmssp--ppirmp-wss-sa Si Si desea que su hijo reciba una dosis apropiada para su edad* (consulte la tabla adjunta) de yoduro de potasio (KI) en caso de una emergencia nuclear, complete este formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo.
 En caso de una emergencia radiológica, solicito que mi hijo reciba una dosis de yoduro de potasio (KI).

Nombre del niño

Escuela y grado actuales

Nombre de los padres (por favor imprima

Firma de los padres

Fecha de nacimiento

Para ser archivado por la enfermera en el registro de salud del estudiante.

***Por favor, consulte la tabla adjunta**

Dosis recomendadas de KI para diferentes grupos de edad				
Grupo de edad	Dosis de KI	Número de ml de líquido (65 mg/ml)	Número de comprimidos de 65 mg	Número de comprimidos de 130 mg
Adultos mayores de 18 años	130 mg	2	2	1
Entre 12-18 años y más de 150 libras	130 mg	2	2	1
Entre 12-18 años y menos de 150 libras	65 mg	1	1	%
Entre 3-12 años	65 mg	1	1	%
Entre 1 mes y 3 años	32 mg	0.5	%	%
Nacimiento - 1 mes	16 mg	0.25	%	1/8

No será necesario que complete otro formulario de permiso. Dado que el peso es un factor cambiante, hemos determinado que sería más seguro mantener a los estudiantes de secundaria y preparatoria en 130 mgm. dosis. Esta dosis se considera segura. Los estudiantes de primaria que pesen menos de 150 libras recibirán el 65 mgm. Dosis.

**Educar hoy para
un setter mañana**


Estimado padre o tutor:

Lea atentamente el paquete adjunto de Política de uso aceptable. Se espera que todos los estudiantes cumplan con los procedimientos enumerados en estas páginas y cualquier violación puede resultar en la pérdida de privilegios informáticos. Se requiere que los estudiantes firmen la parte superior del aviso y los padres / tutores deben firmar la parte inferior. Cada estudiante necesita tener una copia de este formulario archivado en la escuela. Los estudiantes que no tengan una copia archivada **tendrán prohibido usar la Red/Sistema de Internet.**

Si tiene alguna pregunta sobre la Política de uso aceptable, comuníquese con el facilitador de tecnología de la información de su escuela.

Gracias por su cooperación con respecto a este asunto.

Sinceramente



Dwayne Hoffmann
Director de Tecnología de la Información

Instrucción

Uso de computadoras e Internet y seguridad en Internet

La Junta de Educación fomenta el uso de los sistemas informáticos del Distrito e Internet y sus servicios ("tecnología del Distrito") para apoyar la investigación abierta y la educación en el Distrito Escolar. Se prohíbe el uso de la tecnología del Distrito para otros fines, como actividades con fines de lucro, ganancias financieras, negocios personales o actividades ilegales.

Con el fin de asegurar la integridad de los sistemas informáticos y la tecnología del Distrito, cada usuario debe aceptar actuar de manera responsable y cumplir con esta política y las regulaciones promulgadas por el Superintendente de Escuelas con respecto al uso de la tecnología del Distrito. Por lo tanto, antes de usar los sistemas y el acceso a Internet del Distrito, cada estudiante y miembro del personal debe firmar un acuerdo de usuario o aceptar los términos de uso electrónicamente. En el caso de los estudiantes, el padre o tutor del estudiante también debe firmar el acuerdo de usuario o aceptar los términos de uso electrónicamente.

A pesar del requisito de un acuerdo de usuario firmado, en el caso de que una evaluación estatal o local deba administrarse utilizando los recursos tecnológicos del Distrito, al estudiante se le permitirá usar la tecnología del Distrito para realizar la evaluación.

El acceso a Internet se proporciona con el entendimiento de que el Distrito no puede controlar el contenido disponible en Internet. La gran mayoría de los sitios disponibles proporcionan una gran cantidad de información útil para el personal y los estudiantes. El Distrito no puede garantizar la exactitud de todos esos sitios. Sin embargo, algunos sitios pueden contener información ofensiva, difamatoria o inapropiada para los estudiantes. El Distrito no aprueba ni permite el uso de dichos materiales en el entorno escolar y hace esfuerzos de buena fe para limitar el acceso de los estudiantes a dichos materiales inapropiados. Los usuarios que traigan dicho material al entorno escolar pueden tener sus cuentas suspendidas o canceladas, pueden estar sujetos a medidas disciplinarias y pueden ser remitidos a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley apropiados cuando tales actividades son o se sospecha que son ilegales.

Comunicaciones electrónicas/digitales

Las comunicaciones electrónicas/digitales no son privadas, están sujetas a divulgación bajo la Ley de Libertad de Información, pueden estar sujetas a divulgación en litigios y están sujetas a los requisitos de retención de registros del Distrito. Por lo tanto, los miembros de la Junta y los empleados deben usar el sistema de correo electrónico designado del Distrito, incluida la dirección de correo electrónico proporcionada por el Distrito, para todas las comunicaciones relacionadas con los asuntos del Distrito.

Seguridad en Internet

El Distrito, de conformidad con la Ley de Protección de Internet para Niños (CIPA), procurará e implementará el uso de medidas de protección tecnológica que bloqueen o filtren el acceso a Internet al:

- Adultos a representaciones visuales que son obscenas o pornografía infantil; y
- Menores a representaciones visuales obscenas, pornografía infantil o perjudiciales para menores.¹

¹ El término "perjudicial para menores" bajo CIPA significa cualquier imagen, imagen, archivo de imagen gráfica u otra representación visual que:

- (a) En su conjunto y con respecto a los menores, apela a un interés lascivo en la desnudez, el sexo o la excreción;
- (b) Represente, describa o represente, de una manera evidentemente ofensiva con respecto a lo que es adecuado para menores, un acto sexual real o simulado o contacto sexual, actos sexuales normales o pervertidos reales o simulados, o una exhibición lasciva de los genitales; y
- (c) En su conjunto, carece de un valor literario, artístico, político o científico serio para los menores.

Adoptivo: 12 de junio de 1997
 Revisado: 16 de agosto de 2001
 Revisado: 18 de noviembre de
 Revisado: junio 14, 2012
 Revisado: noviembre 21, 2013
 Revisado: diciembre 14, 2017
 Revisado: marzo 15, 2018

Distrito instalará esta tecnología de filtrado o bloqueo en todas las computadoras recién adquiridas con acceso a Internet antes de permitir su uso por parte de los estudiantes. Esto será documentado por el Distrito de acuerdo con la ley. El Distrito, sin embargo, no garantiza que se impida a los estudiantes acceder a todos los lugares inapropiados.

Los padres, los miembros del personal y el estudiante deben ser conscientes de que es responsabilidad del usuario controlar su propio acceso a Internet y usar el buen juicio. Sin embargo, el Distrito, a través de los miembros de su personal, las revisiones de tecnología y sistemas, supervisará las actividades en línea de los estudiantes mientras están en la escuela, incluidos, entre otros, el uso de correo electrónico, salas de chat y otras formas de comunicación electrónica directa, "piratería" y otras actividades ilegales por parte de menores, y acceso a materiales dañinos para menores.

Cualquier usuario que reciba comunicaciones acosadoras, amenazantes o no deseadas deberá ponerlas inmediatamente en conocimiento del maestro, el director del edificio o el superintendente, según corresponda.

El Distrito prohíbe la divulgación, el uso y la difusión no autorizados de información personal sobre menores por parte de sus funcionarios, empleados o agentes.

El Distrito proporcionará instrucción apropiada para la edad de los estudiantes con respecto al comportamiento apropiado en línea, incluida la interacción en redes sociales, sitios web y salas de chat, y la conciencia y respuesta al acoso cibernético. Dicha instrucción se proporcionará incluso si el Distrito prohíbe a los estudiantes acceder a sitios de redes sociales y salas de chat en computadoras y recursos del Distrito.

El Director de Tecnología del Distrito supervisará y examinará la tecnología del Distrito para garantizar el cumplimiento de esta política y las regulaciones que la acompañan.

Privacidad

Las computadoras y los archivos almacenados en el sistema del Distrito son propiedad del Distrito. Los usuarios reconocen que los funcionarios escolares revisarán periódicamente las actividades en línea. Los usuarios reconocen además que si existe una sospecha razonable de que un usuario ha violado esta o cualquier otra Política o Reglamento, o cualquier ley aplicable, el administrador de la red o el funcionario escolar apropiado puede requerir acceso a sus archivos, incluida la correspondencia y los archivos, para revisar las actividades en línea. Cualquier administrador que revise dichos archivos de acuerdo con esta Política no estará sujeto a ningún reclamo que surja de dicha revisión.

El uso de los sistemas informáticos del Distrito y el acceso a Internet, de conformidad con esta política, es un privilegio que puede ser revocado en caso de incumplimiento de la política y las regulaciones por parte de un usuario. Cualquier usuario que se determine que ha utilizado los sistemas informáticos del Distrito o Internet de manera inapropiada o que viole esta política y sus regulaciones tendrá su uso terminado, excepto bajo estricta supervisión. Además, un incumplimiento de los términos de esta política y regulaciones puede considerarse un acto de insubordinación que puede resultar en medidas disciplinarias bajo el Código de Conducta Estudiantil para estudiantes y de conformidad con la ley y el acuerdo negociado colectivamente aplicable para los miembros del personal.

El incumplimiento de los términos de esta Política dará lugar a la remisión a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley correspondientes cuando el incumplimiento implique sospechas de actividades ilegales o delictivas.

Adoptivo: 12 de junio de 1997
 Revisado: 16 de agosto de 2001
 Revisado: 18 de noviembre de
 Revisado: 2004
 Revisado: junio 14, 2012
 Revisado: noviembre 21, 2013
 Revisado: diciembre 14, 2017
 Revisado: marzo 15 2018

ACUERDO DE REGLAS Y CÓDIGO DE ÉTICA DEL DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE LAKELAND PARA USUARIOS DE REDES, INTERNET Y CORREO ELECTRÓNICO

Section 1: Para ser firmado por el estudiante

Entiendo que el Distrito Escolar Central de Lakeland se reserva el derecho de monitorear todo el uso de computadoras, Internet y correo electrónico para garantizar el cumplimiento de la política, regulaciones y leyes del Distrito. Entiendo que las violaciones de la Política de uso aceptable se considerarán como insubordinación y se tratarán seriamente. Riesgo de los infractores:

- Perder los privilegios de la computadora de forma temporal o permanente; y/o
- Acción disciplinaria; y/o
- Sanciones académicas por infracciones académicas (plagio); y/o
- Enjuiciamiento por violación de leyes locales, estatales y federales

He leído la Política de Uso Aceptable del Distrito Escolar de Lakeland para el Uso de Computadoras e Internet y acepto cumplir con sus términos. Además, entiendo que la violación de las regulaciones de la política puede llevar a que se revoquen mis privilegios de acceso, acciones disciplinarias escolares, sanciones académicas y / o acciones legales apropiadas.

Nombre del estudiante
(Por favor imprima) Grado

Firma

Fecha

Section 2: Estar firmado por el padre o tutor

Como padre o tutor de (escriba el nombre de su hijo/a _____)

He leído y discutido con mi hijo / hija la Política de uso aceptable para el uso de computadoras e Internet del distrito escolar central de Lakeland. Reconozco que es imposible que el distrito escolar restrinja el acceso a todos los materiales controvertidos; y no responsabilizaré al distrito, sus funcionarios, empleados o el proveedor de Internet por los materiales adquiridos en la red.

Por la presente doy permiso para que mi hijo tenga acceso de usuario a lo siguiente (por favor inicial):

Red/Internet

Me doy cuenta de que, según la ley, puedo ser considerado financieramente responsable por el daño intencional, malicioso o ilegal de la propiedad por parte de mi hijo menor de edad.

Nombre de los padres (por favor imprima) _____

Fecha de firma de los padres

Copiar a la carpeta del alumno y al facilitador informático.

06/07



FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DE LOS MEDIOS

A lo largo del año escolar, el Distrito Escolar Central de Lakeland (LCSD) celebra los logros de sus estudiantes. Como parte de esto, el Distrito Escolar Central de Lakeland puede usar fotografías, imágenes digitales y / o grabaciones de video de su hijo, así como los siguientes tipos de información sobre su hijo, en artículos sobre el Distrito Escolar en periódicos locales, correos electrónicos del distrito, el sitio web del distrito, el anuario, los canales de redes sociales del distrito (Facebook, Instagram, Twitter, etc.), y tanto por las estaciones de televisión locales como por el canal de televisión por cable del distrito.

& Nombre

- Participación en actividades y deportes
- Títulos, honores y premios recibidos
- Fotografías, imágenes digitales y/o cintas de video de la participación de los niños en la escuela y actividades relacionadas con la escuela
- Entrevistas sobre actividades relacionadas con la escuela

Este formulario le brinda la oportunidad de informarnos si **NO** desea que su hijo sea incluido en dicha cobertura, incluidas fotografías, imágenes digitales, videos o muestras de su trabajo.

Tenga en cuenta que este aviso permanecerá vigente durante la duración de la educación de su hijo dentro del LCSD. Si en algún momento decide que se incluya la información de su hijo, se debe proporcionar un aviso por escrito a la escuela a la que asiste actualmente su hijo.

Cualquier estudiante de 18 años de edad o más debe firmar y presentar un nuevo formulario ante el Distrito si no desea la divulgación de su imagen o trabajo.

Mi firma a continuación notifica al Distrito Escolar Central de Lakeland que **NO DESEO la divulgación de la información de mi hijo como se describe anteriormente. Esto se aplica solo a estudiantes menores de 18 años.**

Nombre del estudiante: _____

Marque las casillas correspondientes:

NO **QUIERO que** la información descrita anteriormente se utilice en:

Los manejadores de redes sociales del distrito, los correos electrónicos del distrito, el sitio web del distrito, los periódicos locales, las estaciones de televisión locales y el canal de cable del distrito

el anuario escolar

Firma del padre/tutor o estudiante elegible (18 años o más):

Relación con el estudiante: _____

Fecha: _____

¿Es esta una vivienda múltiple? Sí No

¿El pago de la factura de utilidad eléctrica está incluido en el alquiler? Sí No

En caso afirmativo, se debe presentar una copia del "acuerdo escrito mutuamente aceptable" para el uso compartido del medidor de acuerdo con la Ley de Servicio Público §52, Parte 2(b)(i).

NOTA: EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE PONERSE EN CONTACTO CON EL MUNICIPIO CORRESPONDIENTE PARA VERIFICAR QUE EL USO DE LAS INSTALACIONES CUMPLA CON LAS LEYES Y CÓDIGOS LOCALES.

Como propietario/arrendador, CERTIFICO que notificaré a la Oficina del Superintendente del Distrito Escolar Central de Lakeland, 1086 East Main Street, Shrub Oak, Nueva York 10588, dentro de los 30 días posteriores a la terminación de este arrendamiento.

CERTIFICO que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta y que las declaraciones hechas en este documento se están haciendo bajo las penas de perjurio, sabiendo que el Distrito Escolar Central de Lakeland confiará en ellas para determinar si los niños mencionados anteriormente serán admitidos en su sistema escolar. Entiendo que en el caso de que se determine que la información contenida en esta declaración jurada es inexacta o falsa, en su totalidad o en parte, el Distrito puede iniciar procedimientos legales contra mí personalmente para cobrar los costos de educar a dichos niños y / o buscar acciones penales contra mí por falsificar registros comerciales y / o presentar un instrumento falso.¹

(Firma del propietario/arrendador)

(Imprimir nombre y título)

Dirección y teléfono del propietario/arrendador #

Suscrito y jurado ante mí este día de , 20_____

NOTARIO PÚBLICO

¹ Ley Penal § 175.05 (Falsifying Business Records in the Second Degree - Class A Misdemeanor.
Ley Penal §175.20 (Manipulación de registros públicos en segundo grado - Clase A. Delito menor.
Ley Penal §175.25 (Manipulación de registros públicos en primer grado - Delito grave de clase D.
Ley Penal §175.30 (Ofrecer un instrumento falso para presentar en segundo grado) - Clase A
Delito menor.
Ley Penal §175.35 (Ofrecer un instrumento falso para presentar en primer grado) - Delito grave de clase E.

4. La base de mis conocimientos es:

Me refiero a que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta y que las estatutarias hechas en este documento se están haciendo bajo pena de perjurio. Entiendo que el Distrito puede investigar cualquier alegación contenida en este documento y puede solicitar pruebas escritas de cualquier declaración.

1 Además, comprenda que en el caso de que se determine que la información contenida en esta declaración jurada es inexacta o falsa, en su totalidad o en parte, el Distrito puede iniciar procedimientos legales contra mí.

(Firma del tercero residente)

Suscrito y jurado ante mí

éste _____ día de _____

NOTARIO PÚBLICO



por un mañana mejor

SOLICITUD DE REGISTROS

Nombre del estudiante: _____

Le doy permiso al Distrito Escolar Central de Lakeland para enviar o solicitar copias de los registros escolares con respecto a mi hijo (que incluyen, entre otros, educación académica, educación especial, evaluaciones, disciplina, médicos, observaciones) a la persona, escuela o agencia que se indica a continuación:

Nombre de la escuela: ^{• 9} _____

Nombre del contacto: _____

Dirección: _____

Firma del padre/tutor

Fecha

Por favor, envíe los registros a: Distrito Escolar Central de Lakeland

Nombre de la escuela: _____

Nombre del contacto:

Dirección: _____

Número de fax: _____

NOTA: LA SOLICITUD DE PERMISO ES SIMPLEMENTE UNA CORTESÍA. LA LEY DE DERECHOS EDUCATIVOS Y PRIVACIDAD DE LA FAMILIA NO REQUIERE EL PERMISO ESPECÍFICO DEL PADRE / TUTOR PARA SOLICITAR Y RECIBIR REGISTROS ESTUDIANTILES DE UN NIÑO QUE BUSCA REGISTRARSE EN UN DISTRITO ESCOLAR.

Si le preocupa que su hijo pueda requerir servicios de educación especial, consulte el Sitio web de Educación Estatal en: <http://www.p12.nysed.gov/specialed/pubiications/policy/parentguide.htm>



hor «Betts Tomotrtswe

SOLO INSCRIPCIÓN EN PRE-KINDERGARTEN

LOS PADRES LLENAN A CONTINUACIÓN ADEMÁS DE LAS PÁGINAS ANTERIORES

Pra-kindergarten universal li financiado por el Departamento Educacion de Naw Yerkstata. El siguiente Informatian a raquered para documentar la elegibilidad-

Please zank en orden de preferencia -Firat (1), Segundo (2):
LINCOLN TITUS ELEMENTARY SCHOOL - Programa Universal de Pre-Kindergarten
(AM Semson/ 9:00 AM- 11330 AM (EM Sewadlon/12:30PM- 3200 PM

¿Su hijo asiste actualmente a algún programa de la primera infancia? En caso afirmativo, ¿dónde? ,

si no, ¿asistió a algún otro programa en She past? En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Hay otros niños que no viven en casa? (Sirvase explicarlo)

Si su hijo va a una niñera o guardería, y vendrá o irá a la casa de la niñera o a la agencia de cuidado infantil, complete lo siguiente:

Sitter/Chlld Cars Proveedor:

Dirección:

Teléfono:

Se espera que los padres proporcionen transporte. Si no va a transportar a su hijo, indique quién será:

Por favor, indique por qué cree que el programa de Pre-kindergarten sería un buen programa para su hijo y para usted como padre:

El programa de pre-kindergarten requiere la participación activa de los padres en las actividades mensuales. ¿Podrás comprometerte a participar en actividades cada mes? Sí HNO•

Su hijo será colocado en una clase AM o PM. Si hay una razón válida por la cual su hijo debe asistir a una sesión específica, indique a continuación. Si tiene preferencia por un proveedor de programas específico, indíquelo. Trataremos de programar a su hijo para esa sesión o proveedor; Sin embargo, no podemos ofrecer ninguna garantía.