

**Valley Stream UFSD Veinticuatro
Escuela William L. Buck
75 Avenida Horton
Valley Stream, NY 11581**

Dr. Don Sturz
DE SUPERINTENDENTE DE ESCUELAS

Newville Roberts
OFICIAL DE RESIDENCIA
516-872-5694

TODOS LOS FORMULARIOS NECESARIOS DEBEN DEVOLVERSE EN PERSONA A LA OFICINA DE RESIDENCIA DE VSCHSD. (872-5694)

INSTRUCCIONES DE REGISTRO

SI USTED ES EL PADRE, TUTOR O CUSTODIO NATURAL DEL NIÑO:

Los siguientes documentos deben presentarse en el momento de la inscripción, junto con los formularios adecuados:

1. Transcripción **ORIGINAL** o **CERTIFICADA** del niño de un certificado de nacimiento o registro de bautismo que indique la fecha de nacimiento. Esto incluye documentos de países extranjeros. Si ninguno de los dos está disponible, un pasaporte (incluido un pasaporte extranjero) es aceptable. Si no se dispone de ninguna de las anteriores, se pueden considerar otras pruebas documentales.

2. Certificado de inmunización firmado por un médico o centro de salud.

3. **SI USTED ES DUEÑO DE UNA CASA, SU CASA ORIGINAL D, SU DECLARACIÓN DE HIPOTECA ACTUAL O RECIBO DE IMPUESTOS INMOBILIARIOS ACTUAL Y** uno de los siguientes: otras formas de documentación y / o información que establezcan una presencia física en el Distrito, que puede incluir, pero no ser limitado a, talón de pago, formulario de impuesto sobre la renta, facturas de servicios públicos u otras, documentos de membresía basados en residencia, documentos de registro de votantes, licencia de conducir oficial, permiso de aprendizaje o identificación de no conductor, identificación emitida por el estado u otro gobierno, u otros documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales. **Deberán adjuntarse los formularios "A" y "B".**

4. **SI ESTÁ ALQUILANDO O ARRENDANDO** un apartamento o casa, presente su contrato de arrendamiento o alquiler y complete el **Formulario de Declaración Jurada "C"**. Proporcionar a la escuela **DOS ORIGINALES** de lo siguiente: otras formas de documentación o información que establezcan una presencia física en el Distrito, que puede incluir, pero no limitarse a, talón de pago, formulario de impuesto sobre la renta, facturas de servicios públicos u otras, documentos de membresía Basado en residencia, documentos de registro de votantes, licencia de conducir oficial, permiso de aprendizaje o identificación de no conductor, identificación estatal u otra identificación emitida por el gobierno, documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales. Su arrendador **DEBE** completar el **Formulario "B"** y presentar la prueba requerida de propiedad como se indica en el punto # 3 anterior.

5. **SI ESTÁ ALQUILANDO, PERO NO TIENE UN CONTRATO DE ALQUILER O ARRENDAMIENTO POR ESCRITO, O RESIDE EN LA CASA DE UN RESIDENTE DEL DISTRITO, COMPLETE EL FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA "C", MÁS DOS PRUEBAS ADICIONALES DE RESIDENCIA DEL PUNTO 4.** Haga que su arrendador complete el **Formulario "B"** y presente las pruebas de propiedad requeridas, como se indica en el punto # 3 anterior.

6. **TODAS las** declaraciones juradas de residencia **DEBEN** ser notariadas.

7. El padre, tutor o custodio **DEBE** presentar una identificación **con foto VÁLIDA**.

8. Inmediatamente después de la admisión a la escuela, se le pedirá que presente una copia de la última boleta de calificaciones del estudiante. Los niños que reciben servicios de educación especial deberán proporcionar el IEP más reciente.

9. No es necesario llevar a su hijo al registro. Si es posible, haga que los niños se queden en otro lugar.

10. El Enlace para personas sin hogar facilitará y acelerará todas las inscripciones para familias elegibles y estudiantes que residen en viviendas que no son fijas, regulares y adecuadas.

11. Todos los padres de crianza deben presentar una carta de colocación de la agencia, indicando el nombre del padre de crianza más la fecha de nacimiento y el grado de cada estudiante que se registrará. La agencia también debe incluir el historial de salud, incluidas las fechas de vacunación obligatoria de cada estudiante, y el formulario DSS-2999 con el número CIN / Medicaid, ACS o SOO número para cada estudiante.

**SI USTED ES EL TUTOR O CUSTODIO DEL NIÑON, DEBE COMPLETAR
AFFIDAVIT FORMULARIO "D."**

**TODOS LOS PAQUETES DE INSCRIPCIÓN DEBEN INCLUIRLOS FORMULARIOS "A" Y "B"
COMPLETADOS.**

Le agradecemos su cooperación para hacer que el registro sea un proceso sin problemas para todos los involucrados.

Revisado el 9/22

VALLEY STREAM UFSD VEINTICUATRO INFORMACIÓN DE REGISTRO
FORMULARIO A

<u>Solo uso en Office</u>			
Escuela _____	ID# _____	RM# _____	Dem. _____

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA O PERSONAS QUE PROPORCIONEN INFORMACIÓN DELIBERADAMENTE FALSA CON RESPECTO A LA RESIDENCIA ESTARÁN SUJETAS A SANCIONES PENALES. UNA DECLARACIÓN FALSA CON RESPECTO A LA RESIDENCIA O EL DERECHO A UNA EDUCACIÓN GRATUITA DE MATRÍCULA DEL DISTRITO ES PUNIBLE COMO UN DELITO MENOR DE CLASE A. ADEMÁS, SI SE DETERMINA QUE EL HIJO DE UN SOLICITANTE DE REGISTRO RESIDE FUERA DEL DISTRITO, EL DISTRITO PUEDE EMPRENDER ACCIONES LEGALES PARA COBRAR LOS CARGOS DE MATRÍCULA, QUE EXCEDEN LOS \$ 12,000 POR AÑO SI EL ESTUDIANTE NO TIENE DERECHO LEGAL A RECIBIR UNA EDUCACIÓN GRATUITA DEL DISTRITO. EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE INVESTIGAR LA RESIDENCIA DE CUALQUIER ESTUDIANTE POR CUALQUIER MEDIO LEGAL DISPONIBLE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, REGISTROS PÚBLICOS, VISITAS AL SITIO Y OTROS MÉTODOS LEGALES DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del alumno _____ **Fecha de nacimiento** _____

Edad ____ **Grado** ____ **Género** ____ **Idioma(s) hablado(s)** _____

Presente Una dirección _____

Número de teléfono _____ **Personas sin hogar** Sí/No

Escuela anterior asistió a _____

Dirección anterior de la escuela _____

Teléfono escolar anterior _____

Dirección de correo electrónico o sitio web de la escuela anterior ____

El niño reside con ambos padres madre solamente padre solamente tutor

acuerdo de custodia de los padres adoptivos registrado

PARENTS: Estado Casado Divorciado Separado Nunca casado

Nombre de la madre _____ **Fecha de nacimiento** _____

Dirección _____ **Email** _____

Teléfono residencial _____ **Teléfono celular** _____

Nombre del empleador _____ **Teléfono de negocios** _____

Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono residencial _____ Teléfono celular _____

Email _____ Nombre del empleador _____

Teléfono de negocios _____

Si las personas sin hogar indican Y o N

Padre/tutor adoptivo o padrastro

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono residencial _____ Relación _____

Nombre del empleador _____ Teléfono de negocios _____

Teléfono celular _____

Si el niño es un niño de crianza, haga una lista de agencia _____

Información de contacto de emergencia

Nombre _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Todos los demás niños de la familia

Nombre	Género	Fecha de nacimiento	Grado/Escuela actual

Puede incluir cualquier información adicional en la parte posterior de este formulario

EL REQUISITO DE FIRMA Y EL REQUISITO DE NOTARIZACIÓN SE APLICAN A TODAS LAS SECCIONES DEL FORMULARIO "A." YO/NOSOTROS JURO O AFIRMAMOS QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA. ENTIENDO QUE LAS DECLARACIONES EN ESTA SOLICITUD ESTÁN SUJETAS A VERIFICACIÓN POR PARTE DEL DISTRITO. ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD NOTIFICAR A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO Y CIRCUNSTANCIA QUE AFECTE ESTA SOLICITUD.

ESTADO DE NUEVA YORK }

}SS:

CONDADO DE }

Juramentado ante mí

Este ____ día de __, 20__ . _____
Firma del padre/tutor

NOTARIO PÚBLICO _____

Suplemento al Formulario A

Información adicional

Para uso en la oficina

Nombre del alumno _____
Asignado al grado _____ Profesor _____
Fecha de entrada _____

Prueba de residencia:

- Escritura de la casa Contrato de arrendamiento debidamente ejecutado Declaración de cierre de bienes raíces
- Contrato de venta de vivienda Proyecto de ley de impuestos del condado de Nassau Proyecto de ley de seguro de propietario
- Factura de servicios públicos Declaración de hipoteca Licencia de conducir
- Orden judicial o decisión judicial Formulario de impuestos del IRS, federal o estatal
- Declaración jurada notariada del arrendador (FORMULARIO "B")
y declaración jurada notariada del no propietario/arrendatario (FORMULARIO "C")
- Otros

Prueba de edad:

- Certificado de nacimiento Certificado de bautismo Pasaporte Otros

Verificación de la fecha de nacimiento: pendiente Aprobado

Seguimiento:

- Salud Censo Detección Solicitud de registros
- Registro Permanente Carpeta del alumno Supt's. Carta Rolodex

Al padre/tutor:

El Distrito Escolar 24 de Valley Stream debe recopilar y registrar la identidad étnica de los estudiantes del Distrito de acuerdo con las categorías y definiciones federales. La información se utilizará para:

- Reportar información a los Departamentos de Educación estatales y federales .
- Planifique programas educativos y asegúrese de que estén disponibles para todos los estudiantes.
- Analizar las diferencias en el rendimiento académico, la asistencia y la finalización de la escuela.

Necesitamos su ayuda para llevar a cabo esta tarea. El Distrito entiende la naturaleza sensible de esta información y le asegura que se mantendrá segura y confidencial de acuerdo con todas las leyes y regulaciones estatales y federales de privacidad estudiantil. Si la información solicitada no se proporciona en este formulario, se requerirá que un oficial de registros estudiantiles del Distrito identifique el grupo al que el estudiante parece pertenecer, se identifica o se considera que pertenece en la comunidad.

Gracias por su ayuda.

DISTRITO ESCOLAR DE VALLEY STREAM VEINTICUATRO

Nombre del estudiante: Último, Primero, Segundo Inicial:

Fecha de nacimiento / / Grade

CÓMO LLEGAR A LOS PADRES/TUTORES/TUTORES

POR FAVOR, RESPONDA A LAS PREGUNTAS (1) Y (2). POR FAVOR, LÉALOS DETENIDAMENTE ANTES DE RESPONDER.

Para la pregunta (1), coloque una marca de verificación en la casilla que mejor describa a su hijo.

1. **¿El estudiante es de origen hispano, latino o español? Origen hispano, latino o español significa una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centroamericano o sudamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de su raza.**

SÍ, hispano

NO, no hispano

2. Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales y marque Todos los grupos que se aplican a su hijo, marcando al menos una casilla:

INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y que mantiene la identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento de la comunidad; por ejemplo, Cherokee, Mohawk, Inuit.

ASIÁTICO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los orígenes de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, la isla filipina, Tailandia y Vietnam.

NATIVO DE HAWÁI U OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

NEGRO O AFROAMERICANO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

BLANCO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del Norte o el Medio Oriente.

Firma del padre/tutor/custodio/otro ____

Relación con el estudiante Madre Padre Tutor Custodio
 Otro (especificar) ____

DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO

FORMULARIO B

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (POR FAVOR IMPRIMIR)

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA O PERSONAS QUE PROPORCIONEN INFORMACIÓN DELIBERADAMENTE FALSA CON RESPECTO A LA RESIDENCIA ESTARÁN SUJETAS A SANCIONES PENALES. UNA DECLARACIÓN FALSA CON RESPECTO A LA RESIDENCIA O EL DERECHO A UNA EDUCACIÓN GRATUITA DE MATRÍCULA DEL DISTRITO ES PUNIBLE COMO UN DELITO DE CLASE A. ADEMÁS, SI SE DETERMINA QUE EL HIJO DE UN SOLICITANTE DE REGISTRO RESIDE FUERA DEL DISTRITO, EL DISTRITO PUEDE EMPRENDER ACCIONES LEGALES PARA COBRAR LOS CARGOS DE MATRÍCULA. QUE PUEDE EXCEDER LOS \$ 12,000 POR AÑO SI EL ESTUDIANTE NO TIENE DERECHO LEGAL A RECIBIR UNA EDUCACIÓN GRATUITA DEL DISTRITO. EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE INVESTIGAR LA RESIDENCIA DE CUALQUIER ESTUDIANTE POR CUALQUIER MEDIO LEGAL DISPONIBLE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, REGISTROS PÚBLICOS, VISITAS AL SITIO Y OTROS MÉTODOS LEGALES DE INVESTIGACIÓN.

_____, Ser debidamente jurado, deposita y dice:
Nombre del propietario

1) Entiendo que esta declaración se hace BAJO PENA DE PERJURIO, para que _____ (Nombre del niño) pueda ser admitido en las escuelas del Distrito Escolar Libre de Valley Stream Union 24 como residente del Distrito.

2) Soy el propietario legal de _____ (Dirección)

PRESENTAR DOS ORIGINALES DE LO SIGUIENTE: ESCRITURA, DECLARACIÓN HIPOTECARIA O FACTURA DE IMPUESTOS

Los términos y condiciones del arrendamiento son los siguientes: (alquiler; etc.)

ADJUNTAR COPIA DEL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO

3) Según mi leal saber y entender, esta propiedad es la residencia actual de _____ (Nombre del padre/madre/tutor/custodio) y el Niño/Tutelado mencionado anteriormente.

**DECLARACIÓN JURADA DEL ARRENDATARIO/NO PROPIETARIO
FORMULARIO C**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (ESCRIBA PRIMERO EL APELLIDO)

_____, Ser debidamente jurado, deposita y dice:
Nombre del propietario

- 1) Entiendo que esta declaración se hace **BAJO LAS PENAS DE PERJURIO**, para que ____
Además, entiendo que, si se determina que mi hijo/pupilo no es un residente legítimo del Distrito Escolar Gratuito 24 de Valley Stream Union, **SERÉ LEGALMENTE RESPONSABLE Y SE ME FACTURARÁ LA TASA ANUAL DE MATRÍCULA DEL DISTRITO ESCOLAR, QUE PUEDE EXCEDER LOS \$ 12,000 POR AÑO, POR NIÑO, RETROACTIVA AL PRIMER DÍA DE ADMISIÓN.** También me doy cuenta de que el robo de servicios gubernamentales es un delito, punible de conformidad con la Ley Penal del Estado y que una declaración falsa hecha en relación con esta solicitud me hará responsable de un proceso penal. Se me ha informado que el Distrito hará visitas domiciliarias sin previo aviso con fines de verificación de residencia.
- 2) I _____, **SOY EL(PADRE/TUTOR/PADRE CON CUSTODIA/PADRASTRO)** del niño/pupilo mencionado anteriormente. Resido en **(indique la dirección y especifique la naturaleza exacta del espacio: apartamento en el sótano, apartamento en el segundo piso, número de habitaciones; etc.)**

con mi hijo/tutelado y **(ENUMERE TODAS Y TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA DIRECCIÓN ANTERIOR)**

- | | |
|----------|----------|
| 1) _____ | 5) _____ |
| 2) _____ | 6) _____ |
| 3) _____ | 7) _____ |
| 4) _____ | 8) _____ |

Esta es mi residencia real y única permanente. Mi hijo/pupilo vive conmigo y esta dirección es su residencia real y única permanente.

- 3) Mi última dirección fue _____, donde viví con **(MENCIONE A TODAS Y CADA PERSONA QUE VIVIÓ EN LA DIRECCIÓN ANTERIOR):**

- | | |
|----------|----------|
| 1) _____ | 5) _____ |
| 2) _____ | 6) _____ |
| 3) _____ | 7) _____ |
| 4) _____ | 8) _____ |

- 4) Comencé mi residencia en _____ **(DIRECCIÓN ACTUAL)** el _____ **(FECHA)**. Mi arreglo de vivienda se rige por:

- un contrato de arrendamiento formal **(adjunte copia del contrato de arrendamiento y Declaración jurada del propietario – Formulario B)**
- otros **(adjuntar contrato de alquiler y declaración jurada del propietario – formulario B)**

Los términos y condiciones de mi arrendamiento son los siguientes (especificar alquiler; etc.):

FIRMA DEL ARRENDATARIO/NO PROPIETARIO

ESTADO DE NUEVA YORK

SS

CONDADO DE

Sworn a delante de mí este _____ day de ____, 20__

NOTARIO PÚBLICO _____

CU STODIAL AFFIDAVITFORM D

NOMBRE DE ST UDENT (ESCRIBA PRIMERO EL APELLIDO)

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA O PERSONAS QUE PROPORCIONEN INFORMACIÓN DELIBERADAMENTE FALSA CON RESPECTO A LA RESIDENCIA ESTARÁN SUJETAS A SANCIONES PENALES. UNA DECLARACIÓN FALSA CON RESPECTO A La RESIDENCIA O EL DERECHO A UNA EDUCACIÓN GRATUITA DE MATRÍCULA DEL DISTRITO ES PUNIBLE COMO UN DELITO MENOR DE CLASE A. ADEMÁS, SE DETERMINA QUE EL HIJO DE UN SOLICITANTE DE REGISTRO RESIDE FUERA DEL DISTRITO, EL DISTRITO PUEDE EMPRENDER ACCIONES LEGALES PARA COBRAR LOS CARGOS DE MATRÍCULA. QUE EXCEDAN LOS \$ 12,000 POR AÑO SI EL ESTUDIANTE NO TIENE DERECHO LEGAL A RECIBIR UNA EDUCACIÓN GRATUITA DEL DISTRITO. EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE INVESTIGAR LA RESIDENCIA DE CUALQUIER ESTUDIANTE POR CUALQUIER MEDIO LEGAL DISPONIBLE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, REGISTROS PÚBLICOS, VISITAS AL SITIO

1. _____ (NOMBRE DEL CUSTODIO), debidamente juramentado depone y dice:

2. Vivo en _____ (NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO) es mi _____ PARENTE DEL NIÑO CON EL CUSTODIO) y él/ella ha estado viviendo conmigo desde _____ (FECHA).

3. _____ (NOMBRE DEL NIÑO) tiene la intención de residir conmigo durante _____ (PERÍODO DE TIEMPO).

4. Este arreglo de vivienda es _____ permanente _____ temporal. Si es temporal, el arreglo terminará el _____. Por favor explique: _____

5. Describa la(s) razón(es) y el propósito de entregarle el cuidado, la custodia y el control del niño. _____

6. Dirección(es) anterior(es) donde ha vivido el niño:

Street	City	State	Fechas	con quién
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

7. _____ (NOMBRE DEL NIÑO) no vive en ninguna otra dirección.

8. Los alimentos, la ropa y todas las demás necesidades se proporcionan a _____ (NOMBRE DEL NIÑO) por _____

8A. El seguro de salud es proporcionado por _____
(presentar comprobante del mismo)

9. ¿Pasará el niño la noche, los fines de semana, los días festivos o las vacaciones en otro lugar? En caso afirmativo, explique:

10. ¿Cada padre tiene la intención de permanecer en su dirección actual? Por favor explique:

11. ¿Dónde está registrado cada padre para votar? Mother _____ Father _____

12. ¿Qué órdenes judiciales se han dictado con respecto a la tutela o custodia del niño?
(ADJUNTE UNA COPIA DE TODAS ESAS ÓRDENES)

13. Si el tutor tiene otros hijos, proporcione la siguiente información:

Nombre	Edad	Dirección	Relación con el tutor	Escuela
--------	------	-----------	-----------------------	---------

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

14. Yo _____ (NOMBRE DEL CUSTODIO) asumo toda la
responsabilidad por todos los asuntos relacionados con la educación y atención médica de
_____ (NOMBRE DEL NIÑO).

15. Declaración de otros hechos relevantes

Las preguntas "A" a la "E" deben ser respondidas cuando la solicitud de admisión sea
presentada por personas que no sean los padres naturales (TUTOR/CUSTODIA).

A) ¿Por qué el niño no vive con sus padres biológicos o adoptivos? _____

B) ¿El estudiante vive exclusivamente en su
casa? _____

C) ¿Con qué frecuencia verán los padres al
niño? _____

D) ¿Qué porcentaje de apoyo económico será realizado por los padres naturales?

_____ E) ¿Qué porcentaje de apoyo económico realizará
usted? _____

JURO O AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y CORRECTA. ENTIENDO QUE LAS DECLARACIONES EN ESTA SOLICITUD ESTÁN SUJETAS A VERIFICACIÓN POR PARTE DEL DISTRITO. TAMBIÉN ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD NOTIFICAR A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO Y CIRCUNSTANCIAS QUE AFECTEN ESTA SOLICITUD.

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DEL CUSTODIO

FECHA

FECHA

JURADO ANTE MÍ ESTO

____ DÍA DE _____, 20__

JURADO ANTE MÍ ESTO

____ DÍA DE _____, 20__

NOTARIO PÚBLICO

NOTARIO PÚBLICO

**FORMULARIO REQUERIDO DE EXAMEN DE SALUD ESCOLAR DEL ESTADO DE NUEVA YORK
PARA SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIVADO O EL DIRECTOR MÉDICO**

Nota: NYSED requiere un examen físico para los nuevos participantes y estudiantes en los grados Pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11; anualmente para los 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 DEL ESTUDIANTE

Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
Escuela:	Grado:	Fecha del examen:

HISTORIAL DE SALUD

Alergias No Medication/Treatment Order Attached Anaphylaxis Care Plan adjunto
 Yes, indicate type Alimentación Insects Latex Medication Environmental

Asma No Medication/Treatment Order Attached Asthma Care Plan Attached
 Yes, Intermittent Persistent Other: _____

Seizures No Medication/Treatment Order Attached Seizure Care Plan Attached
 Yes, Type: De _____ también de last seizure: _____

Diabetes No Medication/Treatment Order Attached Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached
 Yes, indicate you are Tipo 1 Tipo 2 HbA1c resultados: Fecha _____ de dibujo: _____

Factores de riesgo para la diabetes o prediabetes:
 Considere la posibilidad de detectar DMT2 si el IMC > 85% y tiene 2 o más factores de riesgo: DMT2 familiar Hx, etnia, resistencia a la insulina Sx, antecedentes gestacionales de la madre; y/o prediabetes.

BMI _____ kg/m2 **Percentile (Weight Status Category):** <5th 5th-49th 50th-84th 85th-94th 95th-98th 99th and >

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

EXAMEN/EVALUACIÓN FÍSICA

Altura:	Peso:	PA:	Pulso:	Respiraciones:
PRUEBAS	Positivo:	Negativo:	Fecha:	Otras preocupaciones médicas pertinentes
PPD/ PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Un funcionamiento: <input type="checkbox"/> testículo renal <input type="checkbox"/> ocular <input type="checkbox"/>
Examen de células	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Conmoción cerebral – última ocurrencia: _____
Nivel de plomo Grados requeridos Pre-K y		Fecha		<input type="checkbox"/> Salud mental: _____
<input type="checkbox"/> Prueba realizada <input type="checkbox"/> con plomo				<input type="checkbox"/> Otra cosa _____:

Revisión del sistema y examen completamente normal

Marque cualquier casilla de evaluación fuera de los límites normales y anote a continuación en Anomalías

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremidades	<input type="checkbox"/> Discurso
<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"/> Neurológico	<input type="checkbox"/> Musculoesquelético

<input type="checkbox"/> Evaluación/anomalías observadas/recomendaciones:	Diagnósticos/Problemas (lista)	Código ICD-10
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Información adicional adjunta

Nombre:			DOB:	
PROYECCIONES				
Visión	Derecha	Izquierda	Recomenda	Notas
Agudeza de distancia	20/	20/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Agudeza de distancia con lentes	20/	20/		
Visión – Visión de cerca	20/	20/		
Visión – Color <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				
Oído	Derecho dB	Izquierda	Recomenda	
Detección de tono puro			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Escoliosis Required for boys grade 9 And girls grades 5 & 7	Negativo	Positivo	Recomenda	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Grado de desviación :		Ángulo de rotación del tronco :		
Recomendaciones:				
RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA / DEPORTES / PATIO DE RECREO /				
<input type="checkbox"/> Actividad completa sin restricciones incluyendo Educación Física y Atletismo.				
<input type="checkbox"/> Restricciones/Adaptaciones Utilice las categorías de deportes interescolares (a continuación) para restricciones o modificaciones				
<input type="checkbox"/> Los deportes sin contacto incluyen: béisbol, baloncesto, porristas competitivas, hockey sobre césped, fútbol americano, hockey sobre hielo, lacrosse, fútbol, softbol, voleibol y lucha libre				
<input type="checkbox"/> Los deportes sin contacto incluyen: tiro con arco, bádminton, bolos, campo traviesa,				
<input type="checkbox"/> Etapa de desarrollo para el proceso de colocación atlética SOLAMENTE Grados 7 y 8 para jugar en el nivel de la escuela secundaria O Grados 9-12 para jugar deportes de nivel de escuela intermedia El estudiante está en Tanner Etapa: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II				
<input type="checkbox"/> Alojamiento: Use el espacio adicional a continuación para explicar				
<input type="checkbox"/> Aparato ortopédico*/aparato ortopédico		<input type="checkbox"/> de colostomía* <input type="checkbox"/>		
Audífonos				
<input type="checkbox"/> Bomba de insulina/sensor de insulina*		Dispositivo médico/protésico*		
Marcapasos/desfibrilador* <input type="checkbox"/>				
Explicar:				
MEDICAMENTOS				
<input type="checkbox"/> Formulario de pedido para medicamentos necesarios en la escuela adjunto				
Enumere los medicamentos que toma en				
VACUNAS				
<input type="checkbox"/> Registro adjunto		<input type="checkbox"/> reportado en NYSIIS		recibido hoy: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA				
Firma del proveedor médico :			Fecha:	
Nombre del proveedor : (por favor imprima)			Sello:	
Dirección del proveedor :				
Teléfono:				
Fax:				
Por favor, devuelva este formulario a la escuela de su hijo cuando esté completamente				



DISTRITO ESCOLAR 24 DE VALLEY STREAM

75 Horton Avenue, Valley Stream, Nueva York 11581-1499
(516) 434-2825 • FAX: (516) 256-0163

Dr. Don Sturz
Superintendente de Escuelas

Estimados padres,

Los exámenes dentales son recomendados por el Estado, para aquellos estudiantes que ingresan a Kindergarten, 1^{er} grado, 3er grado y 5to grado.

Por favor, tómese el tiempo para visitar a su dentista familiar al menos una vez al año. Tenga su dentista llene el formulario y devuélvalo a la Oficina de Salud.

Sinceramente

Enfermeras del Distrito 24
Valley Stream UFSD #24

Estudiante: _____

_____ ha completado su trabajo dental / certificado adjunto

_____ necesita seguimiento

Dentista: _____ Teléfono: _____

Fecha: _____



DISTRITO ESCOLAR 24 DE VALLEY STREAM

75 Horton Avenue, Valley Stream, Nueva York 11581-1499
(516) 434-2825 • FAX: (516) 256-0163

Dr. Don Sturz
Superintendente de Escuelas

Estimado padre / tutor de los estudiantes entrantes de 6^o grado:

Esta carta es para informarle que los estudiantes que ingresan al Grado 6 y que tienen 11 años de edad o más, deben recibir una vacuna que contenga toxoides tetánicos, difteria y tos ferina acelular (Tdap).

Haga que su médico complete la sección a continuación y devuelva esta carta a la enfermera de su escuela. El incumplimiento de este requisito retrasará el ingreso de su hijo a la escuela.

Sinceramente

Enfermeras de distrito

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

El paciente anterior (complete la entrada correspondiente):

_____ has recibido una vacuna TD, DT o DTaP en los últimos dos años.

_____ Tdap se aplazará hasta _____
Fecha de inmunización

El estudiante tiene 10 años:

_____ Ha recibido Tdap (Boostrix). Fecha: _____

_____ Retrasar la vacuna hasta que el estudiante tenga 11 años de edad.

_____ Has recibido Tdap (Adacel) Fecha: _____

Firma del médico: _____

Dirección del médico: _____

Teléfono: _____

BUSCA LO IMPRESIONANTE
valleystreamschooldistrict24.org