

Registro de Kindergarten para MCSD

Estimado padre/guardián,

El registro para kindergarten 2018-19 se llevará a cabo en las oficinas centrales del distrito escolar Marlboro central ubicadas en el 21 Milton Turnpike, Suite 100, Milton, NY, de la siguiente manera:

Lunes, 11 de marzo de 2019 de 7:30 am a 3:30 PM

Martes, 12 de marzo, 2019 de 11:00 am a 7:30 PM

Jueves, 14 de marzo de 2019 de 7:30 am a 3:30 PM

No se necesitan citas.

Sólo los padres o tutores pueden inscribir a un niño en las escuelas Marlboro. Se requerirá una identificación con foto en el momento del registro. Su hijo no tiene que asistir.

Por favor, traiga los siguientes artículos con usted, ya que no podemos procesar su registro sin estos documentos.

- Certificado de nacimiento original (copias no aceptables), o

Certificado de bautismo original o pasaporte estudiantil

- Registro de inmunización • papeles de custodia y/o tutela, si aplica

Además de los siguientes elementos, debe traer el paquete de registro completado. Los paquetes también estarán disponibles en el momento de la inscripción si es necesario.

También tendrá que proporcionar pruebas de residencia:

(1) uno debe ser: hipoteca, escritura, o declaración firmada y notariada del propietario

y

(1) una de las siguientes:

licencia de conducir actual talón de pago fechado dentro de 30 días con nueva dirección

Tarjeta de registro de electores

Cheque de servicios sociales o cheque de desempleo con nueva dirección

Factura de utilidad actual con dirección física

Ley de impuestos sobre la propiedad

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con:

Maggie Homonchuk, central de registro, Marlboro Middle School

Tel: 845-236-8000 x 4200 email: Maggie.homonchuk@marlboroschools.org procedimientos de registro de kindergarten

MARLBORO CENTRAL SCHOOL DISTRICT
Formulario de Inscripción del Estudiante

Student ID _____ (Documento de identidad del estudiante)	Registration Date: _____ (Fecha de inscripción)	Grade: _____ (Grado)
This box for school use only (Esta sección es solo para ser usada por la escuela)		

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

_____	_____	_____	
Apellido	Nombre	Segundo nombre	
_____	_____	_____	
Sexo	Fecha de Nacimiento mes/día/año	Lugar de nacimiento Ciudad/estado/país	Fecha de ingreso a los Estados Unidos

Etnicidad: Seleccione una Yes Hispano/Latino No Hispano/Latino
 (Hispano, Latino o de origen español se refiere a una persona de Cuba, Méjico, Puerto Rico, Centro y Sur América, y otra cultura u origen español, independientemente de la raza)

Raza: Escriba una X en la casilla que describe su hijo(a). Debe escoger una o más:

- Indígena Americano/ Nativo de Alaska: Una persona que tiene orígenes en Norte América y que conserva una identidad cultural mediante afiliación a una tribu o reconocimiento por parte de una comunidad. Ejm.: Cherokee, Mohawk, Inuit.
- Asiático: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de las regiones del Lejano Este, Sureste Asiático o Indígena Subcontinental.
- Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico: Una persona que tiene orígenes en Hawaii, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- Negro/Afro Americano: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de Africa.
- Blanco: Una persona que tiene orígenes en Europa, Africa de Norte o el Medio Oriente.

Idiomas hablados en casa: 1. _____ 2. _____

El/la estudiante vive con: Los dos padres Solo la madre Solo el padre Padres Foster (DSS 2999 requerida)
 Por sí mismo/solo Tutor: _____

Si el/la estudiante vive con uno de los padres, existen documentos de custodia? Sí No

 Si es así, qué clase de custodia

Condiciones actuales de vivienda: * Refugio *Motel, hotel, carro o campamento debido a carencia de vivienda
 * Con familiares u otras personas debido a carencia de vivienda Casa/apartamento

* Por favor mencione su dirección previa: _____

Antecedentes educativos: Escuela a la que asistió anteriormente: _____
 Ultimo grado: _____ Su hijo(a) ha repetido un grado? Sí No

 Si es así, qué grado?

Su hijo(a) ha recibido: Consejería Terapia de lenguaje AIS Servicios de intervención académica en lectura
 AIS Servicios de intervención académica en matemáticas ENL Inglés como nuevo idioma
 Actualmente existe para su hijo(a) un IEP (Plan de educación individualizado)? Sí No
 Actualmente existe para su hijo(a) un Plan 405? Sí No
 Otros: _____

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR

Nombre completo de la madre _____

Nombre completo del padre _____

Dirección de residencia _____

Dirección de residencia si ésta es diferente _____

Dirección de correo postal si ésta es diferente _____

Dirección de correo postal si ésta es diferente _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono del lugar de trabajo: _____

Teléfono del lugar de trabajo: _____

Alguno de los padres/tutor tiene una filiación militar activa? _____

El tutor legal del estudiante es diferente de los nombres mencionados en la parte superior: (Nombre) _____

Dirección: _____

Números telefónicos: _____

Hermanos/hermanas que residen en la misma dirección

Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela Actual

INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Personas locales que han acordado recoger su hijo(a) durante una emergencia cuando los padres/tutores no logran ser contactados.

Nombre completo	Relación con el estudiante	Teléfonos (especifique celular, trabajo, casa)	Teléfonos (especifique celular, trabajo, casa)

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de Nueva York, que todo la información contenida en esta aplicación y que los documentos anexados son verdaderos y correctos, con pleno conocimiento de que todas las declaraciones realizadas en esta aplicación son objeto de investigación.

Firma del Padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Marlboro Central School District

Michael M. Brooks
Superintendent of Schools

Questionario de información de la oficina de salud/enfermería – Por favor sea muy específico

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del médico de la familia: _____ Teléfono: _____

Hospital preferido: _____

Autorizo a la enfermera de la escuela para que contacte al médico de mi hijo(a) en caso de presentarse una emergencia médica o en referencia a información médica.

Firma del Padre/tutor: _____ Fecha: _____

El estudiante ha presentado alguna de las siguientes enfermedades o condiciones? Si es así, por favor incluya la fecha de cada una.

Varicela: _____	Resfriados frecuentes/dolor de garganta _____
Diabetes: _____	Sarampión alemán _____
Sarampión: _____	Escarlatina: _____
Paperas: _____	Fiebre reumática: _____
Tuberculosis o contacto: _____	Alta presión sanguínea: _____
Neumonía: _____	Asma: _____
Epilepsia: _____	Tos ferina: _____
Fobias: _____	Condiciones de ojos/oidos: _____
Convulsiones: _____	Fiebre frecuente: _____
Problemas ortopédicos: _____	
Lesiones graves: _____	
Cirugías: _____	
Hospitalizaciones: _____	

1. El estudiante presenta algún problema de vision? _____
2. El estudiante usa gafas o lentes de contacto? _____
3. El estudiante presenta algún problema de audición? _____
4. El estudiante presenta algún problema de habla o language? _____
5. El estudiante presenta alguna condición de discapacidad? _____
6. El estudiante presenta alguna necesidad emocional especial? _____

7. El estudiante está recibiendo tratamiento médico de algún tipo? _____ Si es así, por favor explique:

8. El estudiante está recibiendo/usando algún tipo de medicamento y/o hierbas? Si es así, por favor explique: _____

9. El estudiante presenta alguna limitación o restricción física? _____ Si es así, por favor explique:

10. El estudiante ha sido sometido a alguna otra evaluación? _____ Si es así, por favor explique:

11. Existe alguna otra condición especial/alergias o necesidades que usted quisiera traer a la atención del Distrito Escolar? _____

Esta información será compartida con personal de la escuela por razones de la salud y seguridad de su hijo(a) . Por favor firme esta autorización/declaración.

Firma del padre/tutor

Firmado en (fecha):

FOR SCHOOL NURSE USE ONLY BELOW THIS LINE

(LA PARTE INFERIOR A ESTA LINEA ES PARA USO UNICO DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA)

Are all immunizations complete? _____

If not, which ones are needed?

List any special needs:

Person taking information: _____

Date: _____

Reviewing Nurse's Initials: _____



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

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

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

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

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

Por favor escriba con claridad al completar esta sección		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

Conocimientos de idiomas

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

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

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

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

Historial Educativo

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

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

Sí* No No se sabe * En caso afirmativo, por favor explique: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

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

Date

Relación con el estudiante: Madre Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

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

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

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: No Yes

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

MO DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

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

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

MO DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

- ENTERING
- EMERGING
- TRANSITIONING
- EXPANDING
- COMMANDING

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



Marlboro Elementary School

Patricia Walsh
Principal

Dara Kaplan
Assistant Principal

Inmunizaciones requeridas para los estudiantes que entran a grado Kinder en 2019

Estimados Padres/Tutores:

Bienvenidos a la Escuela Elemental de Marlboro y a nuestros servicios de salud.

En un esfuerzo por garantizar el bienestar de todos nuestros estudiantes, por favor tenga en cuenta que la sección 2164 de la ley del Estado de Nueva York **requiere** ciertas inmunizaciones (vacunas) para los niños(as) que entran al grado Kinder. Por favor verifique con su proveedor del cuidado de la salud tan pronto como sea posible, para asegurarse de que su niño(a) ha recibido todas las inmunizaciones necesarias. Estas aparecen a continuación:

Inmunizaciones Requeridas para Grado Kinder

Immunización	Número de Dosis
Polio	4
Hepatitis B	3
Difteria/Tétanus/Tosferina	5
Sarampión/Paperas/Rubeola	2
Varicela (Chickenpox)	2

Por favor traiga prueba de estas inmunizaciones (vacunas) el día en que registre su niño(a) para el grado Kinder. Como prueba de inmunizaciones o vacunas debe presentar **uno de las 3 opciones** de documentos que aparecen a continuación

- Certificado de inmunizaciones firmado por su proveedor del cuidado de la salud.
- Reporte de registro de inmunizaciones (NYSIIS o CIR o NYC) de su proveedor del cuidado de la salud o del departamento de salud de su condado.
- Un reporte de laboratorio de prueba de sangre que demuestra que su niño(a) es inmune a esas enfermedades.
 - Para varicela es también aceptable una nota de su proveedor para el cuidado de la salud (MD, NP, PA) que afirme que su hijo sufrió esta enfermedad en el pasado.

Si usted tiene preguntas o preocupaciones acerca de las inmunizaciones, por favor contactar:

Escuela: Enfermería de la Escuela Elemental de Marlboro

Teléfono: 845-236-8000 x5400 or x5401

Fax: 845-236-1639

Nurses: Lori Chalmers RN, School Nurse 3-5

Eileen Bowman RN. School Nurse K-2

Kindergarten Registration/Immunization Letter

Marlboro Elementary School, 1380 Route 9W, Marlboro, NY 12542 Phone: (845)236-1636 Fax:
(845)236-1639

www.marlboroschools.org

Marlboro Central School District

Michael M. Brooks
Superintendent of Schools

INFORMACION GENERAL

HORARIO ESCOLAR

Grados K - 5	8:50a.m. – 3:20p.m.
Grados 6 – 8	7 :38a.m. – 2:17p.m.
Grados 9 – 12	7:38a.m. – 2:22p.m.

Si un(a) estudiante de la Escuela Elemental camina a la escuela o es transportado(a) de una forma diferente al bus escolar, el/ella no debe arribar a la escuela antes de las 8:50 a.m., para que de esta manera pueda ser supervisado(a) adecuadamente.

ASISTENCIA

La asistencia escolar diaria promueve habilidades de entrenamiento de largo plazo. El hábito de buena asistencia tiende a trasladarse a la vida adulta, de negocios y familiar. Marlboro Central School District considera que la asistencia es un factor clave en la consecución de logros por parte de los estudiantes. Las ausencias representan una pérdida educacional para el/la estudiante. Con el fin de ayudarlo a entender las leyes del Estado de Nueva York, a continuación aparece un resumen del documento del Departamento de Educación del Estado: Información legal acerca de la asistencia escolar (Legal Information Concerning School Attendance).

Toda ausencia requiere una excusa escrita. Se registra una ausencia ilegal en los records de los estudiantes hasta que la escuela reciba una nota del padre/tutor.

Ausencias legales incluyen: enfermedad, duelo familiar, acatamiento religioso, comparecencia ante la corte.

Ausencias ilegales incluyen: vacaciones, cuidado de niños, compras, visitas, quedarse dormido, absentismo escolar.

Apreciamos su colaboración. Por favor remita sus preguntas relacionadas con asistencia escolar a su director(a) o a la oficina de salud/enfermería.

SALIDA TEMPRANA

- El superintendente o persona designada determinará la necesidad de una salida temprana. Los directores de las escuelas notificarán a los trabajadores y estudiantes.
- Padres/tutores serán notificados a través del Sistema de conexión del distrito, Sistema automático que realiza llamadas a la casa, celular y los otros números especificados por el padre/tutor.
- Las estaciones de radio y televisión que serán notificadas por el superintendente o persona designada son las siguientes:

FM: 101.5, 106.1, 106.2, 97.7, 92.7, 96.9, 94.3, 97.3, 92.1, 92.9, 93.3, 107.3, 96.1, 100.7, 104.7, 103.7, 97.3, 100.1

AM: 1340, 1390, 1450, 920, 1260, 1220, 1490

TV: WRNN, FOX

EDUCACION ESPECIAL

Los padres/tutores que tengan preguntas pertinentes a la remisión y evaluación de su hijo(a) con fines de recepción de servicios de educación especial, pueden contactar Rosanne Mele, Directora de los Servicios del Estudiante al 845-236-8109 o vía email: rosanne.mele@marlboroschools.org. La Guía para padres de Educación Especial puede ser obtenida en [www.NYSED.gov](http://www.nysed.gov)(<http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentguide.htm>) o en la página web de Marlboro Central Schools bajo Servicios del Estudiante (Student Services tab) (www.marlboroschools.org)

MARLBORO CENTRAL
SCHOOL DISTRICT

Formulario de información del estudiante

Fecha: ____/____/____

POR FAVOR ESCRIBA DE MANERA LEGIBLE

Información del padre/tutor:

Nombre del tutor: _____
Apellido Nombre Inicial de Segundo nombre

Relación: _____ Teléfono de la casa _____

Correo electrónico (email): _____ Teléfono celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Idioma primario: _____

Dirección de residencia del estudiante (No PO Box):

Calle: _____ Apto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono de la casa: (_____) _____ - _____

Información del padre/tutor:

Nombre del tutor: _____

Relación: _____ Teléfono de la casa _____

Correo electrónico (email): _____ Teléfono celular: _____

Información del padre/tutor:

Nombre del tutor: _____

Relación: _____ Teléfono de la casa _____

Correo electrónico (email): _____ Teléfono celular: _____

Información del contacto de emergencia:

Contacto de emergencia:

Relación: _____ Teléfono (_____) _____ - _____

Ciudad

Dirección: _____
Calle Estado Zip

MARLBORO CENTRAL
SCHOOL DISTRICT

Formulario de autorización de transporte en bus para los estudiantes

Nota: este formulario es mandatorio para los estudiantes de los grados kinder, primero y segundo. Es opcional para todos los otros estudiantes.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

ESCUELA: _____

Autorizo a las personas cuyos nombres aparecen en la parte inferior para que pongan a mi hijo(a) en el bus y/o tomen a mi hijo(a) del bus cuando no me sea posible estar en la parada del bus:

<u>NOMBRE</u>	<u>RELACION CON EL ESTUDIANTE</u>	<u>TELEFONO</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

LETRA/RUTA DE BUS
P.M. _____

A.M. _____

PARADA ASIGNADA A.M. _____ P.M. _____

OFFICE USE ONLY:

_____ COMPUTER

_____ COPY TO DRIVER

_____ STAFF INITIALS

MARLBORO CENTRAL

SCHOOL DISTRICT

Formulario de la niñera

Esta forma reconoce el permiso dado por los padres con el fin de que los estudiantes sean transportados hacia y desde un lugar alternativo, el cual es diferente a la dirección de residencia. Este formulario se debe completar y radicar en la oficina de la escuela de su hijo(a) o en Quality Bus Service, LLC.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

ESCUELA/GRADO _____ 2017 _____ -2018:

DIRECCION DE RESIDENCIA: _____

(Por favor provea información sobre su ubicación. Ejm.: casa blanca, #1216 Route 9W, Marlboro, New York, 12542

TELEFONO DE LA CASA: _____ TELEFONO DE EMERGENCIA: _____

El Distrito Escolar Central de Marlboro (Marlboro Central School District) permite una dirección alternativa **SOLAMENTE BAJO EL CRITERIO DE CINCO DIAS POR SEMANA. POR FAVOR HAGA SU SELECCION REFERENTE A SU NIÑERA:**

- A.M. (transporte hacia la escuela) P.M. (transporte desde la escuela hacia la casa) transporte en los dos sentidos

POR FAVOR PROPORCIONE INFORMACION PERTINENTE A CONTINUACION:

NOMBRE DE LA NIÑERA: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____

FECHA: _____

Este formulario constituye in documento público. Los individuos que están completando este formulario son advertidos de que toda información proporcionada en este documento debe ser precisa y verdadera en todos sus aspectos, ya que el Distrito Escolar Central de Marlboro -Marlboro Central School District- ("the District") confiará en las declaraciones realizadas aquí. Cualquier declaración falsa realizada en este documento es objeto de sanciones de acuerdo con las leyes penales del estado de Nueva York.

Marlboro Central School District

Michael M. Brooks
Superintendente de Escuelas

Las leyes de Educación del Estado de Nueva York requieren que todos los estudiantes de grados Kinder, 2, 4, 7, 10 y los que constituyen un ingreso nuevo en el sistema de la escuela, deben realizarse el examen físico. Sin embargo, se recomienda que todos los estudiantes tengan un examen anual. Los estudiantes de los grados que requieran un examen pueden hacerlo con el médico de la familia o a través de la escuela. Estos exámenes físicos son realizados por la Dr. Mary Dyer, médico escolar.

El médico de la escuela no puede realizar un examen tan completo como lo puede hacer el médico privado de la familia, quien tiene un mejor conocimiento de la historia y ambiente de su hijo(a). Si se requiere atención médica, su médico de familia puede hacer los arreglos pertinentes para proporcionar tratamiento inmediato y además le proporcionará a su hijo(o) las inmunizaciones necesarias. Lo urgimos para que su hijo(a) sea examinado(a) por su doctor y nos provea el formulario de evaluación de salud.

Este formulario debe completarse y devolverse a la enfermera de la escuela tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta que no exceda las dos primeras semanas a partir de la fecha de ingreso de su hijo(a) a la escuela. Si el reporte del médico privado es incompleto, su hijo(a) será examinado(a) por el médico de la escuela.

A continuación aparecen los números telefónicos de nuestras enfermeras de las escuelas:

Ann Marie Festa, Marlboro High School	236-5808
Janine Beck, Marlboro Middle School	236-5843
Eileen Bowman, Marlboro Elementary School K-2	236-5832
Lori Chalmers, Marlboro Elementary School 3-5	236-1637

Central Administration, 21 Milton Turnpike, Suite 100, Milton, NY 12547 Phone:(845)236-5802
Fax:(845)795-5904 www.marlboroschools.org

HEALTH CERTIFICATE / APPRAISAL FORM

Name: _____ Date of Birth: _____

School: _____ Gender: M F Grade: _____

IMMUNIZATIONS / HEALTH HISTORY

Immunization record attached
 No immunizations given today
 Immunizations given since last Health Appraisal: _____

Sickle Cell Screen: Positive Negative Not done Date: _____
 PPD: Positive Negative Not done Date: _____
 Elevated Lead: Yes No Not done Date: _____
 Dental Referral Yes No Not done Date: _____

Significant Medical/Surgical History: See attached _____

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

PHYSICAL EXAM

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

Referral

Body Mass Index: _____ Weight Status Category (BMI Percentile): <input type="checkbox"/> less than 5 th <input type="checkbox"/> 5 th through 49 th <input type="checkbox"/> 50 th through 84 th <input type="checkbox"/> 85 th through 94 th <input type="checkbox"/> 95 th through 99 th <input type="checkbox"/> 99 th and higher	Vision - without glasses/contact lenses	R	L	
	Vision - with glasses/contact lenses	R	L	
	Vision - Near Point	R	L	
	Hearing <input type="checkbox"/> Pass 20 db sc both ears or:	R	L	

EXAM ENTIRELY NORMAL Tanner: I. II. III. IV. V. Scoliosis: Negative Positive: _____

Specify any abnormality (use reverse of form if needed): _____

MEDICATIONS

Medications (list all): None Additional medications listed on reverse of form

Name: _____ Dosage/Time: _____

Name: _____ Dosage/Time: _____

If AM dose is missed at home: _____

I assess this student to be self-directed Yes No Student may self carry and self administer medication Yes No

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

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

Free from contagions & physically qualified for all physical education, sports, playground, work & school activities OR only as checked:
 ___ Limited contact: cheerlead, gymnastics, ski, volleyball, cross-country, handball, fence, baseball, floor hockey, softball.
 ___ Non-contact: badminton, bowl, golf, swim, table tennis, tennis, archery, riflery, weight train, crew, dance, track, run, walk, rope jump.

Specify medical accommodations needed for school: _____ None

Known or suspected disability: _____ Please monitor

Restrictions: _____ Please monitor

Protective equipment required: Athletic Cup Sport goggles/impact resistant eyewear Other: _____

OPTIONAL INFORMATION, if known

Specify current diseases: Asthma Diabetes: Type 1 Type 2 Hyperlipidemia Hypertension
 Other: _____

Provider's Signature: _____ Phone: _____ (Stamp below)

Provider's Name/Address: _____ Fax: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

Dental Health Certificate

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, K, 2, 4, 7, & 10. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name: Last First Middle		
Birth Date: / / Month Day Year	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Will this be your child's first visit to a dentist? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
School: Name		Grade
Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.		
I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.		
Parent's Signature		Date

Section 2. To be completed by the Dentist

I. The Dental Health condition of _____ on _____ (date of exam) The date of the exam needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's name and address (please print or stamp)

Dentist's Signature

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.

II. Oral Health Status (check all that apply).

Yes No Caries Experience/Restoration History - Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].

Yes No Untreated Caries - Does this child have an open cavity? [At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].

Yes No Dental Sealants Present

Other problems (Specify): _____

III. Treatment Needs (check all that apply)

No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.

May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.

Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.

Marlboro Central School District

Michael M. Brooks
Superintendente de Escuelas

DECLARACION DEL PROPIETARIO/ARRENDADOR

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Este documento verificará que _____
(Nombre del Arrendatario)

Es un arrendatario que reside en la siguiente dirección:

Nombre del propietario: _____

Dirección del propietario: _____

Número(s) telefónicos del propietario: _____

Firma del propietario: _____ Fecha: _____

State of: _____

County of: _____

Sworn to before me this _____ day

of _____, 20_____

Notary Public

MARLBORO CENTRAL SCHOOL DISTRICT
TECHNOLOGY SERVICES (SERVICIOS DE TECNOLOGIA)
50 CROSS RD
MARLBORO, NY, 12542
parentportal@marlboroschools.org

Inscripción en el portal de padres (Parent Portal)

Nombre del estudiante: _____

Escuela y grado; _____

Nombre del padre: _____

Correo electrónico (Email) del padre: _____

Teléfono de la casa del padre: _____

Teléfono celular del padre: _____

Mensaje de voz

Texto

Correo electrónico (email)

Firma del Padre: _____

Identification Verified Yes _____ No _____

MARLBORO CENTRAL SCHOOL DISTRIC

Atletismo - las preguntas relacionadas deben ser dirigidas a la oficina del Director de Atletismo al 845-236-5806

Información acerca de los buses - Quality Bus, LLC. es la empresa que presta los servicios de transporte al Distrito Escolar Central de Marlboro (Marlboro Central School District). Para recibir información relacionada con horas y paraderos para recoger y dejar los estudiantes, puede contactarlos al 845-561-3185.

Información de la escuela - En la página web del Distrito www.marlboroschools.org puede encontrar información que le será de gran utilidad. Usted puede elegir una escuela “choose a school” en la esquina superior izquierda de la página principal y encontrar detalles de información relacionados con una de las escuelas en particular.

Estudiantes de grados de Kinder a 5 – Marlboro Elementary School (Escuela Elemental)

Grados de 6 a 8 – Marlboro Middle School (Escuela Media)

Grados de 9 a 12 – Marlboro High School (Escuela Secundaria)

Provisiones y materiales - las listas para cada grado pueden ser encontradas en la página web del Distrito.

Educación Especial: las preguntas deben ser dirigidas a la oficina de Servicios del Estudiante al 845-236-8109.

<u>Números telefónicos</u> - Marlboro High School -	845-236-5840
Oficina de orientación -	845-236-5809
Oficina de salud/enfermería -	845-236-5808
Marlboro Middle School -	845- 236-5840
Oficina de orientación -	845-236-5844
Oficina de salud/enfermería -	845-236-5843
Marlboro Elementary School -	845-236-1636
Oficina de salud/enfermería K - 2	845-236-5832
Oficina de salud/enfermería 3 – 5 -	845-236-1637