



Bienvenidos

Bienvenidos al Distrito Escolar Central de Putnam Valley. Todos los estudiantes en los grados K-12 deben inscribirse con la Registradora del Distrito, ubicada en la Oficina del Distrito.

CITAS PARA LA INSCRIPCIÓN

Por favor, programe una cita utilizando el siguiente enlace; verá un enlace de Google Calendar para programar su cita:

<https://pvcsd.org/index.php/district/parent-resources/register/>

- **Educación Especial Preescolar (edades 3-5):** Por favor, comuníquese con la Oficina de Educación Especial al (845) 528-8130 ext. 1317.

Aviso a los Padres: Los padres/tutores tienen el derecho de remitir a su hijo para una evaluación de educación especial si creen que el niño puede tener una discapacidad educativa. Para obtener información adicional, comuníquese con la Presidencia del CSE al (845) 528-8130 ext. 1307.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA INICIAR LA INSCRIPCIÓN

Se le proporciona un paquete de inscripción para completar. Además, debe traer los documentos indicados a continuación para comenzar el proceso de inscripción.

Todos los documentos de residencia están sujetos a verificación.

Traiga TODOS los que apliquen

- ☐ **UNA Prueba de Edad** (se requiere documentación original):
 - ☐ Certificado de Nacimiento (original)
 - ☐ Certificado de Bautismo (original)
 - ☐ Pasaporte (original)
- ☐ **Registro de Inmunización y Examen Físico Completados** (firmados y sellados por un médico)
 - El examen físico debe estar fechado dentro de los 12 meses previos al ingreso del estudiante a la escuela
- ☐ **Registros Educativos**, si aplica:
Boleta de calificaciones, IEP, Plan de la Sección 504, documentación de servicios ELL, expediente académico de escuela secundaria (High School transcript)

- ☐ Documentos de Divorcio / Separación / Custodia, si aplica
- ☐ Documentos de Tutela Legal, si aplica
- ☐ Documentos de Cuidado / Control, si aplica
- ☐ Hoja de Datos de Hijo de Crianza (Foster Child), si aplica
- ☐ Orden de Emancipación o Declaración Jurada de Emancipación, si aplica

LISTA DE VERIFICACIÓN DE PRUEBA DE RESIDENCIA

Por favor, utilice esta lista de verificación para asegurarse de traer los documentos correctos.

Requerido para TODAS las Familias: Todos los documentos deben mostrar su dirección física actual. **No se aceptan direcciones de Apdo. Postal (P.O. Box).**

Lista de Verificación para Propietarios de Vivienda

Paso 1: Proporcione UNO (1) de los siguientes (marque solo uno):

- ☐ Escritura (Deed)
- ☐ Factura más reciente de Impuestos Escolares o de la Propiedad
- ☐ Estado de cuenta más reciente de la Hipoteca

Importante: NO necesita los tres, solo se requiere UNO.

Paso 2: Proporcione DOS (2) documentos actuales (fechados dentro de los últimos 30 días) a nombre del propietario:

- ☐ Factura de servicios públicos (gas, electricidad, petróleo, teléfono o cable/satélite)
- ☐ Factura de servicios públicos (segunda factura, si aplica)
- ☐ Certificado de Seguro de la Propiedad

(Seleccione dos cualesquiera de las opciones anteriores.)

Lista de Verificación para Inquilinos

Paso 1: Proporcione TODOS los siguientes:

- ☐ Contrato de arrendamiento válido y completamente ejecutado que incluya:
 - Dirección de la propiedad en alquiler
 - Nombre, dirección y número de teléfono del arrendador
- ☐ Declaración Jurada del Propietario/Arrendador de la Propiedad completada, firmada y notariada si no tiene una copia de su contrato de arrendamiento. Este formulario se proporciona dentro del paquete de inscripción.

Paso 2: Proporcione DOS (2) documentos actuales (fechados dentro de los últimos 30 días) a nombre del inquilino:

- ☐ Factura de servicios públicos (gas, electricidad, petróleo, teléfono o cable/satélite)
- ☐ Factura de servicios públicos (segunda factura, si aplica)
- ☐ Estado de cuenta de Sección 8 o de Vivienda Municipal

Si los servicios públicos están incluidos en su alquiler, comuníquese con la oficina de inscripción para analizar otras pruebas de residencia aceptables.

RECORDATORIOS IMPORTANTES

- ☐ Todos los documentos deben reflejar la dirección física actual
- ☐ No se aceptarán documentos con dirección únicamente de Apdo. Postal (P.O. Box)
- ☐ Se requieren documentos originales

Dejado en blanco intencionadamente

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE PUTNAM VALLEY

171 Oscawana Lake Road Putnam Valley, NY 10579

SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE EXPEDIENTES

Apellido, Nombre del Estudiante: _____

Nombre de la Última Escuela a la que Asistió: _____

Dirección de la Escuela: _____

Teléfono de la Escuela: _____ Fax de la Escuela: _____

Fecha de Nacimiento (DOB): _____

De conformidad con las disposiciones de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia de 1974 (FERPA), por la presente solicito que la Junta de Educación transfiera copias de todos los expedientes y informes escolares, incluyendo:

- Expediente completo del estudiante, incluyendo desde Kinder hasta la fecha de transferencia.
- Calificaciones hasta la fecha de retiro de su escuela y fecha de retiro.
- Boleta de calificaciones actual
- Resultados de pruebas estandarizadas
- Resultados de evaluaciones psicológicas de ubicación especial
- Cualquier registro de asistencia y disciplina

Por favor indique si este estudiante necesita:

- | | |
|---|---|
| ☐ servicios de educación especial | ☐ servicios de plan 504 |
| ☐ servicios para estudiantes del idioma inglés (ELL) | ☐ servicios psicológicos |

Solo para estudiantes de Escuela Secundaria (High School):

- | | |
|--|--|
| ☐ Expediente académico (transcript) de High School, incluyendo cualquier curso de High School tomado en 8.º grado | ☐ Copias de todos los laboratorios de ciencias SI el estudiante está tomando un curso de ciencias con laboratorio |
|--|--|

Firma del Padre/Tutor: _____ Nombre del Padre/Tutor (Letra de Molde): _____

POR FAVOR ENVIAR TODOS LOS EXPEDIENTES A:

Escuela Primaria (K-4)

Oficina Principal
Putnam Valley Elementary School
171 Oscawana Road
Putnam Valley, NY 10579
Tel: 845-528-8092
Fax: 845-528-8171

Escuela Intermedia (5-8)

Departamento de Orientación
Putnam Valley Middle School
142 Peekskill Hollow Road
Putnam Valley, NY 10579
Tel: 845-528-8101
Fax: 845-528-8145

Escuela Secundaria (9-12)

Lynn Keller - Dpto. de Orientación
Putnam Valley High School
146 Peekskill Hollow Road
Putnam Valley, NY 10579
Tel: 845-526-7810
Fax: 845-526-7814
Email: lkeller@pvcasd.org

Dejado en blanco intencionadamente

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE PUTNAM VALLEY

Formulario de inscripción de estudiantes

Por favor, complete este formulario en su totalidad. Presente un comprobante de nacimiento y un comprobante de domicilio al momento de la inscripción.

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO	NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN PARTICULAR	TELÉFONO DE CASA	
¿TIENE UN IEP? (MARQUE UNA OPCIÓN)	¿TIENE UN PLAN 504? (MARQUE UNA OPCIÓN)	¿RECIBE SERVICIOS DE ENL? (CÍRCULO UNO)
SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO

* Los programas federales y estatales requieren que se informe la etnia y la raza del estudiante. Por favor, seleccione la opción correspondiente.

1. ORIGEN ÉTNICO:
☐ Hispano/Latino ☐ No hispano/latino

2. RAZA (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):
☐ Negro/afroamericano. ☐ asiático ☐ Hawaiano/Islas del Pacífico
☐ Indio americano/AK ☐ Blanco

II. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Campo	Padre/Tutor N°1	Padre/Tutor n.º 2	Contacto de emergencia (Otro)
Nombre completo			
Relación			
¿Vive con el estudiante?	(Encierra en un círculo) Sí / No	(Encierra en un círculo) Sí / No	N / A
Dirección (si no hay ninguna)			
Teléfono fijo	()	()	()
Teléfono del trabajo	()	()	()
Teléfono móvil	()	()	()
Dirección de correo electrónico			No es necesario
Empleador			No es necesario
Idioma principal			

¿Existe alguna preocupación respecto a la custodia? (marque una opción) Sí / NO (En caso de divorcio, separación o tutela legal, Por favor, proporcione la documentación judicial de custodia.

III. INFORMACIÓN SOBRE HERMANOS (SI CORRESPONDE)

Nombre completo del hermano/a	Fecha de nacimiento	Escuela actual	Calificación
1.			
2.			
3.			

La información proporcionada anteriormente es veraz y precisa según mi leal saber y entender.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTORFECHA

Dejado en blanco intencionadamente

Cuestionario de Vivienda del Estado de Nueva York

Identificación y apoyo a estudiantes en vivienda temporal conforme a la Ley McKinney-Vento y el Artículo 3209 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York

Este formulario debe completarse cuando un estudiante se matricula por primera vez, y cada vez que ocurra un cambio en la situación de vivienda. No hay respuestas incorrectas. Este formulario puede completarse de forma independiente, o la persona de enlace de McKinney-Vento puede ayudar. Para acceder a una lista de personas de enlace de McKinney-Vento, visite <https://www.nysteachs.org/liaisons>.

DISTRITO O LEA	NOMBRE DE LA ESCUELA
Acerca de este formulario y sus derechos La ley federal y estatal exige que las escuelas identifiquen a los estudiantes que viven en una vivienda temporal y se aseguren de que puedan matricularse, asistir y tener éxito en la escuela. La Ley McKinney-Vento de Asistencia para Personas sin Hogar, junto con el Artículo 3209 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York, protege a los estudiantes y a las familias que ya no tienen un lugar permanente y estable donde vivir; que han perdido su vivienda; que se alojan temporalmente con otras personas; o que viven en un lugar que nunca estuvo destinado a ser un hogar. Los estudiantes elegibles tienen derecho a: ✓ Permanecer en la escuela a la que asistían cuando tuvieron vivienda permanente por última vez (llamada escuela de origen), durante todo el tiempo que estén en vivienda temporal. ✓ Matricularse de inmediato en la escuela local donde se encuentran viviendo temporalmente (la escuela de la ubicación actual). ✓ Matricularse y comenzar la escuela de inmediato, incluso sin certificado de nacimiento, comprobante de domicilio, registro de vacunas o expediente escolar. ✓ Recibir transporte gratuito de ida y vuelta a la escuela a la que asisten, así como a actividades extraescolares (si se encuentran a menos de 50 millas). ✓ Recibir comidas escolares gratuitas sin necesidad de presentar comprobantes de ingresos, así como acceso a otros servicios escolares, incluidos los recursos del subsidio McKinney-Vento, si están disponibles. Esta información es confidencial y se compartirá únicamente con el personal escolar que tenga una necesidad educativa legítima de respaldar el acceso del estudiante a los derechos y servicios de McKinney-Vento. Proporcionar esta información es voluntario y se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad para los servicios conforme a la Ley McKinney-Vento y el Artículo 3209 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York. Proporcionar esta información no afectará su estatus migratorio, su capacidad para matricularse ni el acceso a otros servicios.	

Información del Estudiante

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (APELLIDO, NOMBRE)	GRADO ESCOLAR (PREESCOLAR–12)
GÉNERO DEL ESTUDIANTE ☐ M ☐ F ☐ X = No binario	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE (MES/DÍA/AÑO)
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL	

NÚMERO DE TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
DIRECCIÓN DONDE RESIDE EL ESTUDIANTE	

¿Dónde reside el estudiante en este momento?

Conforme a la Ley McKinney-Vento, los estudiantes están protegidos cuando su residencia nocturna no es fija, regular ni adecuada. Marque todas las casillas que describan dónde reside el estudiante en este momento.

- ☐ Vivienda permanente: usted es propietario o alquila un hogar fijo, regular y adecuado
- ☐ Vivienda compartida: se está alojando con otra familia o una persona debido a la pérdida de su vivienda, dificultades económicas, un desalojo o una razón similar
- ☐ En un refugio de emergencia, de vivienda transitoria, o para víctimas de violencia doméstica.
Nombre del refugio o programa: _____
- ☐ En un hotel o motel porque no hay otro lugar adecuado y alternativo donde alojarse
- ☐ En un automóvil, parque, campamento, estación de autobuses o trenes, edificio abandonado, u otro lugar que no está destinado para una habitación estable o vivienda establecida.
- ☐ En un lugar sin calefacción, agua corriente o electricidad, o que de otro modo no sea estructuralmente seguro o sea inadecuado para habitar
- ☐ Desplazado(a) por un incendio, inundación, desastre natural u otra emergencia
- ☐ Otra situación temporal no incluida aquí: _____

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su situación? (opcional)

¿Es el estudiante un joven sin hogar no acompañado (UHY, por sus siglas en inglés)?

La Ley McKinney-Vento identifica como joven sin hogar no acompañado (UHY) a los estudiantes que no viven con un padre, madre o tutor legal, y que no residen en una vivienda permanente. Los UHY tienen derecho a matricularse en la escuela y a completar y firmar este formulario de manera independiente, sin la presencia de un padre, madre o adulto. La persona de enlace de McKinney-Vento puede ayudar a los UHY con este proceso.

☐ **Marque esta casilla si considera que el estudiante identificado anteriormente podría cumplir con los criterios de elegibilidad de McKinney-Vento descritos aquí.**

¿Hay niños adicionales en el hogar?

Para ayudarnos a identificar y apoyar a todos los niños y jóvenes elegibles, indique a todos los niños que viven actualmente con usted, sin importar su edad o si están matriculados en la escuela. Esto incluye bebés, niños en edad preescolar y niños en edad escolar.

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre)	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela Actual o Más Reciente	Última Escuela a la que Asistió Antes de la Actual o Más Reciente

Exactitud de la Información y Firma

La persona que completa este formulario certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa, según su leal saber y entender.

NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA): _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Un joven sin hogar no acompañado puede firmar en su propio nombre.

¿Necesita ayuda? Comuníquese con la persona de enlace de McKinney-Vento cuya información de contacto se puede encontrar en la parte superior de este formulario, o llame a la Línea de Ayuda de NYS-TEACHS al 800-388-2014. Visite nysteachs.org para obtener más información.

SOLO PARA USO OFICIAL (Personal Escolar)

Fecha de recepción: _____

Recibido por: _____

Elegibilidad: ☐ Elegible ☐ No Elegible ☐ Pendiente

Código de Residencia Nocturna Principal de Personas sin Hogar (SIRS):

☐ D = Vivienda compartida ☐ S = Refugio ☐ H = Hotel/Motel

☐ U = Sin refugio ☐ T = Vivienda transitoria

Joven sin hogar no acompañado (UHY): ☐ Sí ☐ No

Formulario de Designación: ☐ Sí ☐ N/A ☐ Codificado en el Sistema de Información del Estudiante (SIS)

Persona de enlace notificada (iniciales): Fecha: ☐ La familia se negó a proporcionar información

Notas:



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 (Home Language Questionnaire - HLQ)

Estimados padres o persona en relación parental:

Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él 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.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
		☐ Masculino ☐ Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

HOME LANGUAGE CODE

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

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

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo	
8.	Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____
9.	¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos. Sí* No No se sabe ☐ ☐ ☐ * En caso afirmativo, por favor explique: _____ ¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ☐ Poca gravedad ☐ Algo grave ☐ Muy grave
10a.	¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? ☐ No ☐ Sí* *Por favor, llene 10b.
10b.	*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial? ☐ No ☐ Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____ Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables): ☐ De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) ☐ 3 a 5 años (Educación Especial) ☐ 6 años o mayor (Educación Especial)
10c.	¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? ☐ 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? _____

Firma de un padre o de la persona en relación paternal

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Fecha

Relación con el estudiante: ☐ 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:	

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR
IF AN AREA IS NOT ASSESSED, INDICATE NOT DONE

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special Education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
Sex Assigned at Birth: ☐ Female ☐ Male	Gender Identity: ☐ Female ☐ Male ☐ Nonbinary ☐ X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

If yes to any diagnoses below, check all that apply and provide additional information.

☐ Allergies	Type:	
	☐ Medication/Treatment Order Attached	☐ Anaphylaxis Care Plan Attached
☐ Asthma	Type: ☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other:	
	☐ Medication/Treatment Order Attached	☐ Asthma Care Plan Attached
☐ Seizures	Type:	☐ Date of Last Seizure:
	☐ Medication/Treatment Order Attached	☐ Seizure Care Plan Attached
☐ Diabetes	Type: ☐ 1 Type: ☐ 2	
	☐ Medication/Treatment Ordered Attached	☐ Diabetes Medical Management Plan Attached

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: Consider screening for T2DM if BMI % > 85% and has 2 or more risk factors: Family History T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

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

Hyperlipidemia: ☐ Yes ☐ No ☐ Not Done Hypertension: ☐ Yes ☐ Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	Lead Level Required for PreK & K
TB-PRN	☐	☐		☐ Test Done ☐ Lead Elevated $\geq 5 \mu\text{g/dL}$
Sickle Cell Screen-PRN	☐	☐		
☐ System Review Within Normal Limits				
☐ Abnormal Findings—List Other Pertinent Medical Concerns Below (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)				
☐ HEENT	☐ Lymph nodes	☐ Abdomen	☐ Extremities	☐ Speech
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Back/Spine/Neck	☐ Skin	☐ Social Emotional
☐ Mental Health	☐ Lungs	☐ Genitourinary	☐ Neurological	☐ Musculoskeletal
☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:			Diagnoses/Problems (list): ICD-10 Code*	
☐ Additional Information Attached			*Required only for students with an IEP receiving Medicaid	

Name:		Affirmed Name (if applicable):		DOB:	
SCREENINGS					
Vision & Hearing Screenings Required for New Entrants, PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11					
Vision	With Correction ☐ Yes ☐ No	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	☐ Yes	☐
Near Vision Acuity		20/	20/	☐ Yes	☐
Color Perception Screening ☐ Pass ☐ Fail					☐
Notes:					
Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.					Not Done
Pure Tone Screening	Right ☐ Pass ☐ Fail	Left ☐ Pass ☐ Fail	Referral ☐ Yes		☐
Notes:					
Scoliosis Screening Required for Boys grade 9 and Girls grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done
		☐	☐	☐	☐
Notes:					
FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK					
☐ Family cardiac history reviewed – required for sports (Dominic Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act)					
☐ Student may participate in all activities without restrictions.					
If Restrictions Apply , complete the information below.					
☐ Student is restricted from participation in:					
☐ Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, or Wrestling.					
☐ Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, or Volleyball					
☐ Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, or Track & Field.					
☐ Other Restrictions:					
☐ Other Accommodations*: (e.g., brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.) Use the additional space below to explain.					
*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.					
MEDICATIONS					
☐ Order Form for medication(s) needed at school attached					
COMMUNICABLE DISEASE			IMMUNIZATIONS		
☐ Confirmed free of communicable disease during exam			☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIS		
HEALTHCARE PROVIDER					
Healthcare Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.					

ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL DE SALUD

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

*PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR: POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y FECHAS APROXIMADAS. USE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

CONDICIÓN / ARTÍCULO	NO	SÍ	FECHAS	DESCRIPCIÓN
ALERGIAS				
ALERGIAS: ALIMENTOS	☐	☐		
ALERGIAS: MEDICAMENTOS	☐	☐		
ALERGIAS: PICADURAS DE INSECTOS	☐	☐		
ALERGIAS: AMBIENTALES (FIEBRE DEL HENO)	☐	☐		
ALERGIAS: OTRAS	☐	☐		
ASMA	☐	☐		
¿SE LE RECETÓ EPI-PEN O INHALADOR?	☐	☐		
INTERNAL				
LESION O PROBLEMA EN VEJIGA/RIÑÓN	☐	☐		
LESIÓN EN EL BAZO	☐	☐		
ÚLCERA ESTOMACAL	☐	☐		
PROBLEMAS TESTICULARES	☐	☐		
DESMAYOS				
DESMAYOS / MAREOS	☐	☐		
DESMAYOS DURANTE EL EJERCICIO	☐	☐		
PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO POR GOLPE EN LA CABEZA	☐	☐		
DOLORES DE CABEZA / MIGRAÑAS	☐	☐		
PÉRDIDA DE MEMORIA POR GOLPE EN LA CABEZA	☐	☐		
CONVULSIONES / ATAQUES	☐	☐		
CARDIOVASCULAR				
SOPLO CARDÍACO	☐	☐		
MUERTE SÚBITA EN LA FAMILIA (NO DIAGNOSTICADA)	☐	☐		
DOLOR EN EL PECHO CONTINUO	☐	☐		
PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA	☐	☐		
OTRO PROBLEMA CARDÍACO	☐	☐		

CONDICIÓN / ARTÍCULO	NO	SÍ	FECHAS	DESCRIPCIÓN
MUSCULOESQUELÉTICO				
DOLOR O LESIÓN EN ESPALDA/CUELLO/COLUMNA	☐	☐		
FRACTURAS / ZAFADURAS (DISLOCACIONES)	☐	☐		
ESGUINCE ARTICULAR / DESGARRO LIGAMENTOSO	☐	☐		
LESIÓN / DOLOR EN LA RODILLA	☐	☐		
USA SOPORTE/TABLILLA EN GIMNASIO O DEPORTES	☐	☐		
TIRONES MUSCULARES	☐	☐		
VISIÓN				
PROBLEMAS OCULARES / PÉRDIDA DE VISIÓN	☐	☐		
PÉRDIDA INCORREGIBLE DE VISIÓN EN UN OJO	☐	☐		
USA ANTEOJOS CORRECTIVOS / LENTES DE CONTACTO	☐	☐		
OTROS PROBLEMAS OCULARES / VISUALES	☐	☐		
AUDICIÓN				
PROBLEMAS OÍDOS / PÉRDIDA AUDITIVA	☐	☐		
PÉRDIDA AUDITIVA EN UNO O AMBOS OÍDOS	☐	☐		
USA DISPOSITIVO DE ASISTENCIA AUDITIVA	☐	☐		
BUCAL				
TIENE APARATOS ORTODÓNTICOS (FRENOS)	☐	☐		
TIENE DIENTES CON CORONA/FUNDA	☐	☐		
ENFERMEDADES				
MONONUCLEOSIS	☐	☐		
DIABETES	☐	☐		
VARICELA	☐	☐		
FIEBRE REUMÁTICA	☐	☐		
OTRAS ENFERMEDADES	☐	☐		
OTROS				
HEMORRAGIAS NASALES (FRECUENTES O GRAVES)	☐	☐		
TUVO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DESDE ÚLTIMO AÑO	☐	☐		
HA ESTADO ENFERMO POR 5 O MÁS DÍAS CONSECUTIVOS	☐	☐		
TOMA MEDICAMENTOS (POR FAVOR ESPECIFIQUE)	☐	☐		
CUALQUIER LESIÓN SIGNIFICATIVA DESDE EL AÑO PASADO	☐	☐		
BAJO CUIDADO MÉDICO EN LA ACTUALIDAD	☐	☐		

¿SU HIJO(A) TIENE UN MÉDICO REGULAR? _____ TELÉFONO DEL MÉDICO: _____ DIRECCIÓN DEL MÉDICO: _____
CUBIERTO BAJO ASEGURADORA MÉDICA: _____

ACEPTO EL TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA SEGÚN LO CONSIDERE NECESARIO EL MÉDICO/ENFERMERO DESIGNADO POR LAS AUTORIDADES ESCOLARES. ☐ SÍ ☐ NO
LIMITACIONES (SI LAS HAY): _____

DOY PERMISO PARA QUE LA CONDICIÓN DE MI HIJO(A) SEA COMPARTIDA CON EL PERSONAL CUANDO SEA NECESARIO EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA. ☐ SÍ ☐ NO
LIMITACIONES (SI LAS HAY): _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: POR FAVOR CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA SI EL PADRE O TUTOR NO ESTÁ DISPONIBLE.
CONTACTO #1: _____ TELÉFONO #: _____

Dejado en blanco intencionadamente

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE PUTNAM VALLEY

171 Oscawana Lake Road Putnam Valley, NY 10579

DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO / ARRENDADOR

ESTADO DE NUEVA YORK)

CONDADO DE PUTNAM)

Nombre del Propietario/Arrendador: _____,

habiendo prestado debido juramento, declara y dice: Soy el propietario y arrendador de los inmuebles conocidos y designados como _____, Nueva York. Estos inmuebles constituyen una residencia de (vivienda múltiple, vivienda unifamiliar).

_____ es un inquilino que ocupa estos inmuebles; ocupando los mismos bajo acuerdo de alquiler (verbal) (escrito) que comienza el _____ día de _____ de 20 _____.

_____ ocupa dicha residencia con _____, quien es un menor de edad y planea asistir a la escuela en Putnam Valley. ¿Servicios públicos incluidos en el contrato de arrendamiento? (s/n) _____.

Esta declaración jurada se realiza con el fin de inducir al Distrito Escolar Central de Putnam Valley a aceptar a _____ en el Distrito con base en la residencia según se establece en el presente documento.

CERTIFICO que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta y que las declaraciones realizadas en el presente se hacen bajo las penas de perjurio, sabiendo que el Distrito Escolar Central de Putnam Valley confiará en ellas para determinar si el/los niño(s) arriba nombrado(s) será(n) admitido(s) en su sistema escolar. Entiendo que en caso de que se determine que la información contenida en esta declaración jurada es inexacta o falsa, en todo o en parte, el Distrito podrá iniciar procedimientos legales en mi contra personalmente para cobrar los costos de educación de dicho(s) niño(s) y/o emprender acciones penales en mi contra por falsificación de registros comerciales y/o presentación de un instrumento falso.

Firma del Propietario/Arrendador: _____

Jurado ante mí este día _____ de _____ de 20 _____.

Notario Público: _____

NOTA: EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE CONTACTAR AL MUNICIPIO CORRESPONDIENTE PARA VERIFICAR QUE EL USO DE LOS INMUEBLES CUMPLE CON LAS LEYES Y CÓDIGOS LOCALES.

Ley Penal §175.05 (Falsificación de Registros Comerciales en Segundo Grado) - Delito Menor Clase A. Ley Penal §175.20 (Alteración de Registros Públicos en Segundo Grado) - Delito Menor Clase A. Ley Penal §175.25 (Alteración de Registros Públicos en Primer Grado) - Delito Grave Clase D. Ley Penal §175.30 (Ofrecimiento de un Instrumento Falso para su Registro en Segundo Grado) - Delito Menor Clase A. Ley Penal §175.35 (Ofrecimiento de un Instrumento Falso para su Registro en Primer Grado) - Delito Grave Clase E.