

**FORMULARIO DE MATRICULA DEL DISTRITO
ESCOLAR DE OCEANSIDE
ADJUNTO**

TODOS REGISTRANTES DEBEN COMPLETAR PARTE A

Niño sin Hogar:

- (a) un niño o joven que carece de una residencia fija, regular y adecuada durante la noche, incluido un niño que comparte la vivienda de otras personas debido a una pérdida de vivienda, dificultades económicas o razones similares; viviendo en moteles, hoteles, parques de casa rodantes o áreas de acampada debido a la falta de alojamiento adecuado y alternativo; abandonado en hospitales; en espera de la colocación de cuidado de crianza o
- (b) un niño o joven que tiene un lugar nocturno principal que es un refugio supervisado, público o privado diseñado para proporcionar alojamiento temporal; o un lugar público o privado no diseñado para, u ordinariamente utilizado como un alojamiento regular para dormir para los seres humanos;

Jóvenes no Acompañados: un niño sin hogar para quien no hay un padre o persona en relación paternal disponible o que vive en un centro residencial para jóvenes fugitivos o sin hogar.

Secc. 725 Definición

McKinney-Vento Ley de Ayuda para Personas sin Hogar

PARTE A

Nombre _____ Fecha _____

¿La inscripción está relacionada con la falta de o pérdida de vivienda permanente? Sí _____ No _____

¿La inscripción está relacionada con el estado como joven no acompañado? Sí _____ No _____

(Si usted marcó sí en alguno de los anteriores, complete la PARTE B)

PARTE B

Favor de indicar los arreglos de vivienda del niño o joven no acompañado:

_____ viviendo en un refugio

_____ viviendo con parientes o otros debido a la falta de alojamiento

_____ viviendo en edificio/apartamento abandonado, en un hotel/motel, área acampada, carro, estación de tren/autobús, o situación semejante debido a la falta de alojamiento adecuado

_____ alojado temporalmente en un refugio esperando una colocación permanente de cuidado de crianza

Fecha y escuela de la última asistencia _____

Dirección antes de quedarse sin hogar _____

¿Está pidiendo Ud. algún servicio, como transporte, del distrito? Sí _____ No _____

Si es así, ¿qué servicios pide usted? _____

FOR OFFICE USE ONLY

Homeless Liason Signature _____ Date _____

Family received STAC Form: Yes _____ No _____

Oceanside Union Free School District

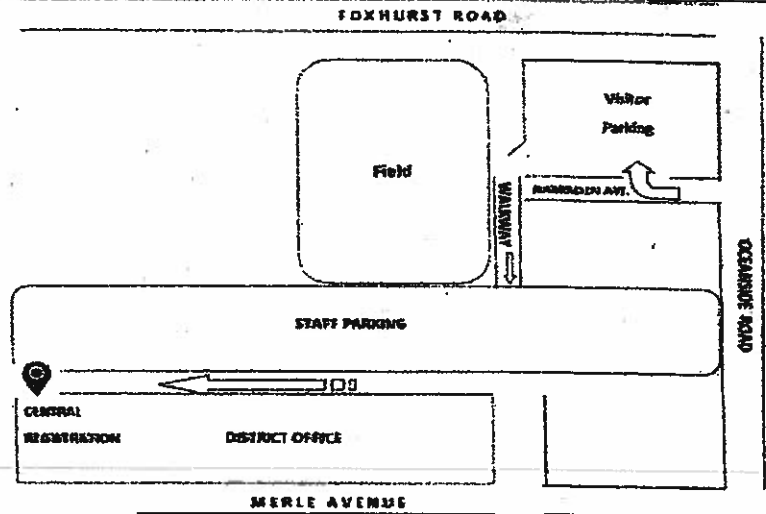
La Matrícula de Estudiantes Nuevos

Los estudiantes menores de 17 años NO serán matriculados a menos que el padre o guardián legal con identificación con foto esté presente.

Niños en edad escolar que se mudan al distrito deben matricularse lo antes posible. Los estudiantes entrando en Kínder en el otoño, pueden matricularse después del 15 de octubre del año actual. Todas las matrículas son solo por cita. Nuestra Oficina de Matrícula está ubicada a:

Oceanside District Office
145 Merle Avenue
Oceanside, NY 11572
516-678-6238

Favor de llamar para una cita.



La matrícula solo ocurrirá si se proporciona lo siguiente de las columnas A, B, C and D. Todas las cosas deben ser ORIGINALES y no copias de fotocopias.

(A)

(B)

Prueba de Residencia

CUALQUIERA DE:

Escritura de Casa
Extracto de la Hipoteca
Contrato de Arrendamiento ante
Notario

Declaración Jurada Residencial
de los Padres y Declaración Jurada
Residencial del Propietario

CUALQUIER DOS DE:

Recibo de sueldo
Formulario de impuestos
Facturas de servicios públicos
Documentos de Afiliación (ej. tarjeta de biblioteca)
basados en la residencia
Documento(s) de registro de votantes
Licencia oficial de conducir, permiso de aprendiz o
identificación de no conductor
Identificación Estatal o de otro nivel del gobierno
Documentos emitidos por agencias federales, estatales
o locales (ej., agencia local de servicios sociales,
Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados)
Evidencia de custodia del niño, incluyendo entre otras,
órdenes de custodia judicial o documentos de tutela.

Residencia puede estar sujeta a más verificación y aprobación a través de una
declaración jurada.

(C)

Nacimiento

CUALQUIERA DE:

Certificado de
Nacimiento
Certificado de
Bautismo

*Si estos informes no están
disponibles, el Distrito
considerará uno de lo siguiente:*

Pasaporte
Licencia oficial de conducir
Identificación Estatal o de otro nivel del
gobierno
Identificación escolar con foto y fecha de
nacimiento
Tarjeta de identificación del Consulado
Registros del hospital o de salud
Tarjeta de identificación para dependiente militar
Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (ej. agencia local de servicios
sociales, Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados)
Ordenes judiciales u otros documentos
emitidos por el tribunal
Documento tribal nativo americano
Registros de agencias de ayuda internacionales sin fines de lucro y agencias voluntarias

(D)

Inmunizaciones

CUALQUIERA DE:

Certificado de Inmunización firmado por médico
Certificado de Inmunización firmado por un funcionario de una clínica
de salud
Formulario de Examen Físico del Distrito firmado por médico.

Después de matricular a todos los niños en la Oficina de Matrícula, se le dará a usted información sobre cómo comunicarse con las escuelas individuales a las que asistirán sus hijos.

TODOS LOS ESTUDIANTES ENTRANDO EN
LAS ESCUELA
SECUNDARIA DE
OCEANSIDE

ES NECESARIO COMPLETAR LO SIGUIENTE ANTES DE RECIBIR
UN HORARIO DE ASISTENCIA

Llame el departamento de Dirección al número abajo para obtener una cita para reunirse con el consejero de dirección de su hijo/a. Se aconseja que tanto el padre como el hijo/a asistan a esta reunión.

Si su apellido es entre A – K llame 516-678-7537

Si su apellido es entre L – Z llame 516-678-7540

- ✓ Usted debe proporcionar al consejero de dirección una copia de la última transcripción de su hijo/a y/o una tarjeta de calificaciones de su escuela anterior. **NO** se puede crear un horario a menos que se proporcionen estos documentos vitales.

Declaraciones Juradas

En el caso de que la escritura o el arrendamiento donde usted y sus hijos residen **NO** esté a su nombre, se deben presentar declaraciones juradas **ANTE NOTARIO**. Los siguientes pasos deben tomarse antes de hacer una cita con nuestro Asistente del Superintendente de Negocios, el Sr. Christopher Van Cott. No se aceptarán declaraciones juradas en nuestra Oficina Central de Matrícula sin la aprobación del Sr. Van Cott.

- Declaración de los Padres** – Esta debe ser completada y notariada por los padres del estudiante.
- Declaración del Propietario** – Esta debe ser completada y notariada por la persona cuyo nombre aparece en la escritura. Tenga en cuenta que si el contrato de alquilar no se encuentra a su nombre, la declaración jurada del propietario **DEBE** ser completada **SOLO** por el Propietario o la Compañía Administradora. **NO** se aceptarán declaraciones juradas notariadas completadas por el superintendente de edificios.

Programe una cita con:

Mr. Christopher Van Cott
Assistant Superintendent for Business
145 Merle Avenue
Oceanside, New York 11572
516-678-1209

FAVOR DE LLALMAR AL SR. VAN
COTT PARA UNA CITA - 678-1209

**DECLARACION JURADA
DE LOS PADRES**

Estado of Nueva
York Condado de
Nassau

A: Distrito Escolar de Oceanside

Yo, _____ juro que mi hijo/a/os _____
_____ y yo residimos permanentemente en _____
en la casa de _____

¿Es el inquilino/a un pariente del propietario? Sí _____ No _____

Si es así, ¿cuál es la relación? _____

Firmo esta declaración jurada con pleno conocimiento de las leyes de perjurio.

Padre/Madre

Sworn to before me this _____
day of _____.

Notario Público

NOTICIA IMPORTANTE

LEY PENAL SECCION 210.05: Una persona es culpable de perjurio en el tercer grado cuando jura falsamente. Perjurio en el tercer grado es una Clase A delito menor. Una Clase A delito menor es castigable por hasta seis meses en prisión o una multa de hasta \$1,000. Todas las convicciones de delito menor llevan un recargo de \$60.00 además de cualquier otra pena o multa impuesta.

El Distrito se reserva el derecho a cobrar la matrícula completa por declaraciones de registro falsas. Esto podría incluir un gravamen sobre la propiedad del sujeto.

FAVOR DE LLAMAR AL SR. VAN
COTT POR UNA CITA - 678-1209

**DECLARACION JURADA
DEL PROPIETARIO**

Estado de Nueva
York Condado de
Nassau

A: Distrito Escolar de Oceanside

Yo, _____ juro que _____

y sus hijos _____, residen permanentemente
Nombres de Niños

en _____.

¿Es el inquilino/a un pariente del propietario? Sí _____ No _____

Si es así, ¿cuál es la relación? _____.

Firmo esta declaración jurada con conocimiento completo de las leyes de perjurio.

Propietario

Sworn to before me this _____
day of _____.

Notario Público

NOTICIA IMPORTANTE

LA LEY PENAL SECCION 210.05: Una persona es culpable de perjurio en el tercer grado cuando jura falsamente. Perjurio en el tercer grado es una Clase A delito menor. Una Clase A delito menor es castigable por hasta seis meses en prisión o una multa de hasta \$1,000. Todas las convicciones de delito menor llevan un recargo de \$60.00 además de cualquier otra pena o multa impuesta.

El Distrito se reserva el derecho a cobrar la matrícula completa por declaraciones de registro falsas. Esto podría incluir un gravamen sobre la propiedad del sujeto.

OCEANSIDE UNION FREE SCHOOL DISTRICT

FORMULARIOS DE MATRICULA

Los formularios de matrícula se dividen en dos categorías:

- FAMILIA - Páginas 1 & 2 se completan basado en la información del Hogar.**

- ESTUDIANTE – Páginas 3, 4, 5 & 6 se completan para CADA niño en edad escolar en su hogar que usted está matriculando.**
 - CUESTIONARIO DE LENGUA MATERNA**
 - McKINNEY-VENTO LEY DE AYUDA PARA PERSONAS SIN HOGAR**
 - FORMULARIO DE DIVULGACION DE REGISTROS**
 - FORMULARIO MEDICO**

Cuando usted llega a la oficina de matrícula debe tener:

- Documentación original para todas las pruebas de residencia, nacimiento e inmunización.**

- Formularios completados claramente y con esmero.**

Gracias de antemano por su cooperación.

OCEANSIDE UNION FREE SCHOOL DISTRICT

INFORMACION DE MATRICULA

FAMILIA

FAVOR DE ESCRIBIR LA INFORMACION CLARAMENTE EN LETRA DE
MOLDE

PADRE/GUARDIAN:

1	Sexo	2	Sexo
Nombre: _____	M F	Nombre: _____	M F
Dirección: _____		Dirección: _____	
_____		_____	
#Casa: _____		#Casa: _____	
#Cel: _____		#Cel: _____	
#Trabajo _____		#Trabajo _____	

NINOS EN FAMILIA: *Liste todos los niños en el hogar incluyendo Preescolar*

Apellido, Nombre, Segund	Fecha de Nac.	Sexo	RELACION AL GUARDIAN		
			Grado	1	2
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

MIEMBROS NO VIVIENDO EN HOGAR: (Contactos de Emergencia)

Apellido, Nombre, Segundo	Sexo	# de Casa	# de Cel	Relación
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

MADRE:

NOMBRE: (Apellido, Nombre)

**NOMBRE SI CASADA OTRA VEZ:
(Apellido, Nombre)**

_____ como aparece en el certificado de nacimiento

Idioma hablado por la madre: _____

(A)

Dirección de E-Mail: _____

(C)

PADRE:

NOMBRE: (Apellido, Nombre)

_____ como aparece en el certificado de nacimiento

Idioma hablado por el padre: _____

(A)

Dirección de E-Mail: _____

(C)

PADRASTRO:

**NOMBRE DE MADRASTRA:
(Apellido, Nombre)**

**NOMBRE DE PADRASTRO:
(Apellido, Nombre)**

_____ Idioma hablado por el padrastro/madrastra : _____

(A)

Dirección de E-Mail: _____

(C)

For Kindergarten Office Use:
 Screening Date: _____
 Screening Time: _____
 Home School: _____
 Circle one: Full Half
 Currently attending #6 4yr old
 Pre-K? Yes No

For Secondary School Office Use:
 Guidance Counselor: _____

 DOE into 9th Grade: _____
 (if applicable)

For Office use:
 Date: _____
 Student Registered by: _____

 Grade: _____ School: _____

ID # _____

OCEANSIDE UNION FREE SCHOOL DISTRICT
Oceanside, New York
FORMULARIO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES

NOMBRE DEL NIÑO: _____ **MASC.** _____ **FEM.** _____
 (Apellido) (Nombre) (Segundo)
 El nombre del niño debe ser registrado como aparece en el Certificado de Nacimiento o Bautismo

FECHA DE NAC.: _____ **LUGAR DE NAC. (Estado/País):** _____

ETNICIDAD DEL NIÑO: Hispano: Sí, hispano _____ NO, no hispano _____
Favor de marcar TODOS los que apliquen
 Blanco _____ Negro o Afroamericano _____ Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico _____
 Indio Americano/Nativo de Alaska _____ Asiático _____

IDIOMA HABLADO POR EL NIÑO EN CASA: _____

¿TIENE ESTE ESTUDIANTE UN PADRE/MADRE NO VIVIENDO A LA DIRECCION DEL NIÑO? SI ES ASI:

NOMBRE: _____ **CORREOS** _____ **SÍ** _____ **No** _____

 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (# de Teléfono)

ESTADO CIVIL DE PADRES: Casados Separados Divorciados Si divorciados o separados, hay restricciones legales? S I NO
 (papeles de corte deben ser proporcionados)

- ¿Ha estado su hijo/a alguna vez en Escuelas de Oceanside? Cuando: _____ Escuela #: _____ Fecha de Re-entrar _____
- ¿Ha asistido su hijo/a alguna vez a una escuela pública en el Estado de Nueva York? Sí _____ No _____
- ¿Ha matriculado usted o su hijo/a alguna vez bajo nombre diferente? Sí _____ No _____

Si es así, favor de indicar: **NOMBRE** _____

FECHA _____ **ESCUELA** _____

- ¿Ha visto el psicólogo escolar a su hijo/a alguna vez? Sí _____ No _____
- ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una evaluación psicológica independiente? Sí _____ No _____
- ¿Alguna vez su hijo/a ha sido revisado por el Comité de Educación Especial (CSE) o el Comité de Educación Especial de Preescolar (CPSE) y/o recibido servicios de la educación especial (ej. clase especial, aula de recursos, terapia de habla/lenguaje, etc.)? Sí _____ No _____ (B)

Si es así, favor de explicar _____

- ¿Ha recibido su hijo/a alguna vez ayuda remediadora en la escuela además de lo indicado arriba?
 Sí _____ No _____

Si es así, favor de explicar _____

8. ESCUELAS ASISTIDAS PREVIAMENTE :

PRIMERA ESCUELA

SEGUNDA ESCUELA

NOMBRE DE ESCUELA: _____

UBICACION: _____

DE TELEFONO: _____

FECHAS ASISTIDAS: _____

GRADO INICIAL: _____ GRADO FINAL: _____

GRADO INICIAL: _____ GRADO FINAL: _____

TERCERA ESCUELA

CUARTA ESCUELA

NOMBRE DE ESCUELA: _____

UBICACION: _____

DE TELEFONO: _____

FECHAS ASISTIDAS: _____

GRADO INICIAL: _____ GRADO FINAL: _____

GRADO INICIAL: _____ GRADO FINAL: _____

INFORMACION MEDICA IMPORTANTE – Esta sección DEBE ser completada

Nombre del Médico del Niño: _____

del teléfono: _____

Dirección del Médico: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

TIENE SU HIJO/A:

Problemas Auditivos: SI _____ NO _____ Nombre del médico tratante: _____

Problemas Visuales: SI _____ NO _____ Nombre del médico tratante: _____

Problemas de Aprendizaje SI _____ NO _____ Nombre del proveedor de servicios: _____

Problemas de Habla: SI _____ NO _____ Nombre del proveedor de servicios: _____

Alergias Documentadas: SI _____ NO _____ Favor de listar alergias: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Please check () that you have seen and taken copies of the following required paperwork:

PROOF OF AGE: (check one): Birth Certificate: _____ Baptismal Record: _____

PRIMARY PROOF OF RESIDENCE (TYPE): _____
Secondary #1 _____
Secondary #2 _____

Parent is requested to report back with additional information by: _____

Parent is requested to make an appointment with the Assistant Superintendent for Business: _____

Application is complete and child is placed into school #: _____ GRADE: _____

Name of School Official registering this student: _____

Initials of staff member receiving this form: _____

To be completed only by the SCHOOL NURSE from the required documentation:

Date of Immunization: _____ Date of Physical: _____

To be completed by District office only: LUNCH STATUS: _____

LEP/ESL Information: # of Years of service: _____
Releases obtained: _____ Sent to: _____

AIS Services: GRADE: _____

PROGRAM SERVICES: _____

START DATE: _____ **END DATE:** _____ **END REASON (CODE):** _____

A _____ **B** _____ **C** _____ **D** _____



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
		especifique	especifique
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____	especifique
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
		especifique	
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe leer
		especifique	
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe escribir
		especifique	

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 INSCRITO

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:

OCEANSIDE UNION FREE SCHOOL DISTRICT
DIVULGACION DE REGISTROS E
INFORMACION

De acuerdo con la Ley Federal de Privacidad y Derechos Educativos de Familias ("FERPA"), es la práctica del Distrito Escolar de Oceanside ("Distrito") solicitar y/o recibir todos los registros educativos, incluyend los registros disciplinarios, de las escuelas anteriores de todos los estudiantes que se transfieren al Distrito.

El Distrito se reserva el derecho de considerar el historial disciplinario pasado de un estudiante al imponer disciplina por mala conducta cometida en Oceanside.

Con este entendimiento, por favor complete el formulario de divulgación posterior.

**OCEANSIDE UNION FREE SCHOOL DISTRICT
 CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACION DE REGISTROS
 E INFORMACION**

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NAC:** _____ **GRADO:** _____

OCEANSIDE ESCUELA #: _____ **DIRECCION:** _____ **TEL:** _____

FAX: _____

NUEVO ESTUDIANTE **ESTUDIANTE TRANSFIRIENDO**

NUEVO ESTUDIANTE

PRIMER DIA DE ASISTENCIA: _____

Dirección anterior: _____ **Dirección nueva:** _____

Escuela Anterior: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Yo _____ autorizo que se proporcionen copias de todos los registros educativos y de salud al Distrito Escolar de Oceanside. Favor de incluir:

- | | | | | |
|-------------------------|---------------|---------------------------|--------------------|----------------------|
| Registros de asistencia | Reg. de Salud | Psicológico | Notas Escolásticas | Habla/Lenguaje |
| Registro Disciplinario | IEP | Informe de Serv.Relacion. | Historia Social | Pruebas Estandarizad |

También consiento que se publiquen evaluaciones/registros al CSE/CPSE del Distrito Escolar de Oceanside. Entiendo que todos los registros se mantendrán confidenciales y que el acceso se limitará al personal escolar que trabaja con mi hijo/a (ej.: miembros de CSE/CPSE, director escolar, psicólogo, sociólogo, maestros regulares o de la educación especial y proveedores de servicio relacionado) y no se dará a ninguna otra agencia/persona sin mi consentimiento por escrito. También consiento que los representantes de la escuela y de CSE/CPSE que trabajan con mi hijo/a hablen con la escuela/agencia mencionada arriba. Entiendo que el consentimiento es voluntario y puede reconsiderarse en cualquier momento poniéndose en contacto con la oficina por escrito.

Firma del Padre/Guardián

Relación al Estudiante

Fecha

ESTUDIANTE TRANSFIRIENDO

ULTIMO DIA DE ASISTENCIA: _____

Dirección Actual: _____ **Dirección Nuevo:** _____

Escuela Nuevo _____

Dirección: _____

Tel: _____

Yo _____ autorizo que el Distrito Escolar de Oceanside publique todos los registros del estudiante a la Escuela/Agencia mencionada arriba incluyendo:

- | | | | | |
|------------------------|---------------|----------------------------|--------------------|---------------------|
| Registro de asistencia | Reg. de Salud | Psicológico | Notas Escolásticas | Habla/Lenguaje |
| Registo Disciplinario | IEP | Informe de Serv. Relacion. | Historia Social | Pruebas Estandariza |

También consiento que los representantes de la escuela y de CSE/CPSE que trabajan con mi hijo/a (ej.: miembros de CSE/CPSE, director escolar, psicólogo, sociólogo, maestros regulares o de la educación especial y proveedores de servicio relacionado) hablen con la escuela/agencia mencionada anteriormente. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puedo retirar mi consentimiento para futura comunicaciones en cualquier momento contactando la oficina de CSE/CPSE por escrito.

Firma del Padre/Guardián

Relación al Estudiante

Fecha

OCEANSIDE UNION FREE SCHOOL DISTRICT

145 Merle Avenue, Oceanside, New York 11572-2206

Phyllis S. Harrington, Ed.D.
Superintendent of Schools
Ph: 516-678-1215 Fax: 516-678-7503
pharrington@oceansideschools.org

Jill DeRosa, Ed.D.
Assistant Superintendent for Human
Resources, Student Services and
Community Activities
Ph: 516-678-1213 Fax: 516-678-2145
jderosa@oceansideschools.org

FORMULARIOS DE EXAMEN MEDICO Y DENTAL

Estimado Padres/Guardianes:

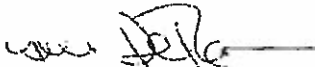
La Ley Educativa del Estado de Nueva York requiere que todos los estudiantes en las escuelas públicas sean examinados por un proveedor de cuidado de la salud al entrar en la escuela y en Kinder, grados 2, 4, 7 and 10. Mientras la ley no requiere específicamente un examen en los otros grados, alentamos exámenes físicos anuales. Adjunto encontrará un formulario de valoración de la salud que puede ser usado por su propio médico, asistente al médico, practicante de enfermería licenciado a practicar en el Estado de Nueva York. Favor de devolverlo con un registro de inmunización actual.

Los exámenes de salud incluyen medidas de altura y peso. Estos números son usados para determinar el índice de masa corporal o "BMI." Cambios recientes al Ley Educativa de Estado de Nueva York requieren que el BMI y el grupo del estado de peso sean incluidos como parte del examen escolar de la salud del estudiante. Una muestra de distritos escolares será seleccionada para participar en una encuesta por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Si se selecciona nuestra escuela a participar en la encuesta, estaremos reportando información resumida al Departamento de Salud del Estado de Nueva York sobre los grupos de estado de peso de nuestros estudiantes. No proporcionamos información sobre estudiantes individuales ni los nombres de los estudiantes. Sin embargo, usted puede elegir que la información de su hijo sea excluida de este informe de encuesta mediante una solicitud por escrito a mí o a la enfermera escolar de su hijo/a antes del último día de septiembre.

Adjunto también encontrará un formulario dental. Los dos formularios deben ser devueltos a la escuela lo antes posible. Estos formularios son aceptables para el año escolar actual si la fecha de examen no es más de 12 meses antes del primer día de clases en septiembre.

Mis mejores deseos para un verano feliz y saludable.

Muy atentamente,



JiUDeRosa, Ed. D.
Assistant Superintendent for Human Resources,
Student Services and Community Activities

Distribución: Nuevos estudiantes y todos los estudiantes entrando en Kinder, grados 2, 4, 7 y 10

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR

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

STUDENT INFORMATION

Name:	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Insects <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Environmental	

Asthma <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other: _____	

Seizures <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Type: _____	Date of last seizure: _____

Diabetes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> HbA1c results: _____	Date Drawn: _____
Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx 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: No Yes Hypertension: No Yes

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
TESTS	Positive	Negative	Date	Other Pertinent Medical Concerns
PPD/ PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		One Functioning: <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Testicle
Sickle Cell Screen/PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Concussion – Last Occurrence: _____
Lead Level Required Grades Pre- K & K		Date		<input type="checkbox"/> Mental Health: _____
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated >10 µg/dL				<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> System Review and Exam Entirely Normal				

Check Any Assessment Boxes Outside Normal Limits And Note Below Under Abnormalities

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Additional Information Attached

Name:			DOB:	
SCREENINGS				
Vision	Right	Left	Referral	Notes
Distance Acuity	20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Distance Acuity With Lenses	20/	20/		
Vision -- Near Vision	20/	20/		
Vision -- Color	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail			
Hearing	Right dB	Left dB	Referral	
Pure Tone Screening			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Scoliosis Required for boys grade 9	Negative	Positive	Referral	
And girls grades 5 & 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Deviation Degree:		Trunk Rotation Angle:		
Recommendations:				
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK				
<input type="checkbox"/> Full Activity without restrictions including Physical Education and Athletics. <input type="checkbox"/> Restrictions/Adaptations Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications <input type="checkbox"/> No Contact Sports Includes: baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling <input type="checkbox"/> No Non-Contact Sports Includes: archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field <input type="checkbox"/> Other Restrictions:				
<input type="checkbox"/> Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY Grades 7 & 8 to play at high school level OR Grades 9-12 to play middle school level sports Student is at Tanner Stage: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V				
<input type="checkbox"/> Accommodations: Use additional space below to explain <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Brace*/Orthotic <input type="checkbox"/> Insulin Pump/Insulin Sensor* <input type="checkbox"/> Protective Equipment </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Colostomy Appliance* <input type="checkbox"/> Medical/Prosthetic Device* <input type="checkbox"/> Sport Safety Goggles </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Hearing Aids <input type="checkbox"/> Pacemaker/Defibrillator* <input type="checkbox"/> Other: </div> </div> <p>*Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.</p>				
Explain: _____				
MEDICATIONS				
<input type="checkbox"/> Order Form for Medication(s) Needed at School attached				
List medications taken at home:				
IMMUNIZATIONS				
<input type="checkbox"/> Record Attached		<input type="checkbox"/> Reported in NYSIS		Received Today: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
HEALTH CARE PROVIDER				
Medical Provider Signature:				Date:
Provider Name: <i>(please print)</i>				Stamp:
Provider Address:				
Phone:				
Fax:				
Favor de Devolver Este Formulario a la Escuela de su Hijo Cuando Completamente Llenado				

OCEANSIDE UNION FREE SCHOOL DISTRICT

145 Merle Avenue, Oceanside, New York 11572-2206

Phyllis S. Harrington, Ed.D.
Superintendent of Schools
Ph: 516-678-1215 Fax: 516-678-7503
pharrington@oceansideschools.org

Jill DeRosa, Ed.D.
Assistant Superintendent/or Human
Resources, Student Services and
Community Activities
Ph: 516-678-1213 Fax: 516-678-2145
jderosa@oceansideschools.org

FORMULARIO DE EXAMEN DENTAL

Nombre del Niño _____

Escuela _____

Grado _____

Nombre del Maestro _____

Fecha del Examen Dental _____

Comentarios _____

Firma del Dentista _____

Estampa del Dentista

OCEANSIDE UNION FREE SCHOOLDISTRICT

145 Merle Avenue, Oceanside, New York 11572-2206

Phyllis S. Harrington, Ed.D.
Superintendent of Schools
Ph: 516-678-1215 Fax: 516-678-7503
pharrington@oceansideschools.org

Jill DeRosa, Ed.D.
Assistant Superintendent for Human
Resources, Student Services and
Community Activities
Ph: 516-678-1213 Fax: 516-678-2145

FORMULARIO DE EXAMEN DE ESCOLIOSIS

Estimados Padres/Guardianes:

En octubre, el Distrito Escolar de Oceanside empezará su detección anual de escoliosis (curvatura de la columna vertebral) para todos los estudiantes en los grados 5 a 9. Esto es requerido por Sección 136.3 de la Ley Educativa Estatal. La enfermera escolar, el maestro de la educación física o el médico escolar, conducirán la detección. La detección será conducida individualmente con garantía de privacidad para cada estudiante. Se requiere que los muchachos se desnuden hasta la cintura. Las muchachas deben llevar ropa interior apropiada puesto que tengan que quitar su blusa. Si se sospecha de escoliosis, usted será notificado por la enfermera escolar.

Si usted prefiere que su hijo/a sea examinado por su proveedor privado de atención médica, favor de hacer que él/ella complete el formulario abajo. Favor de notar, sin embargo, que la ley requiere la detección dentro del año escolar, que empieza en septiembre. Por eso, formularios válidos para el año escolar 2015-2016 serán fechados el 1 de septiembre, 2015 y después.

Muy atentamente,

Jill DeRosa, Ed. D.
Assistant Superintendent for Human Resources,
Student Services and Community Activities

SCOLIOSIS EXAMINATION FORM

On _____, I examined _____
(Exam Date) (Student's Full Name)

For scoliosis and found:

- _____ No evidence of scoliosis.
- _____ Possible or minimal scoliosis requiring only observation at this time.
- _____ Significant scoliosis, which I am treating.
- _____ Significant scoliosis, which I am referring to: _____

Provider's Signature

Provider's Stamp

Distribution: All students entering 5th, 6th, 8th and 9th grades.
(The Health Appraisal Form should be used for students entering 7th and 10th grades.)