



Formulario de inscripción de UPK

Distrito escolar central de Sodus, 6375 Robinson Road, Sodus NY 14551
Teléfono 315-483-2331 o Línea en español 315-483-5249

¡Bienvenidos a Sodus Escuelas!

Cuando el paquete de registro esté completo y los documentos descritos en el se recogen las cartas adjuntas, por favor tráigalas al Distrito Sodus

Oficina de Servicios para Estudiantes, 6375 Robinson Road, Sodus, NY 14551

Lista de verificación para el registro:

- ☐ **Paquete de inscripción completo:** proporcione una dirección de correo electrónico para los padres/tutores necesaria para comunicaciones importantes del distrito y asuntos académicos de los estudiantes.
- ☐ **Comprobante de edad del estudiante:** original (certificado de nacimiento, pasaporte, registro de bautismo). Los niños DEBEN tener 3 años cumplidos el 1 de diciembre del año escolar entrante o antes para inscribirse en el programa UPK de 3 años, y 4 años cumplidos el 1 de diciembre o antes para inscribirse en el programa UPK de 4 años.
- ☐ **Comprobante de residencia dentro del Distrito Escolar Central de Sodus:** una copia. Si no puede proporcionar comprobante de residencia a su nombre, llame a la oficina del distrito, 315-483-2331 ext. 5208 o Línea en español 315-483-5249, antes de registrar a su hijo.
- ☐ **Una copia del registro de vacunación actual de su hijo y del último examen físico proporcionado por el consultorio de su médico.** Los informes de "My Chart" no son admisibles. Se puede enviar por fax un examen físico con fecha dentro del año anterior al inicio de clases y firmado por un médico antes de su cita de inscripción.
- ☐ **IEP:** solo se aplica a los estudiantes que reciben servicios de educación especial en edad preescolar. Si su hijo recibe servicios de educación especial en un distrito que no sea Sodus, proporcione una copia del IEP de su hijo.
- ☐ **Documentos de custodia** (si corresponde).

PRUEBA DE RESIDENCIA:

Proporcione documentación que acredite la edad de su hijo. Las pruebas pueden incluir:

- 1) una transcripción certificada de un certificado de nacimiento o de un acta de bautismo (incluida una transcripción certificada de un certificado de nacimiento o de un acta de bautismo extranjeros) en la que figure la fecha de nacimiento.
- 2) Cuando no se disponga de dicha documentación, se podrá utilizar un pasaporte (incluido un pasaporte extranjero).

Si no se dispone del certificado de nacimiento o del pasaporte, el Distrito puede considerar otras pruebas que hayan existido durante dos años o más. No se puede aceptar una declaración jurada de edad como verificación. Otras pruebas pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- licencia de conducir oficial
- identificación estatal u otra identificación emitida por el gobierno
- identificación escolar con fotografía y fecha de nacimiento
- credencial de consulado
- registros hospitalarios o de salud
- credencial de dependiente militar
- documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, agencia local de servicios sociales, Oficina Federal de Reubicación de Refugiados)
- órdenes judiciales u otros documentos emitidos por tribunales
- documento tribal nativo americano
- registros de agencias de ayuda internacional sin fines de lucro y agencias voluntarias

EVIDENCIA DE INMUNIZACIONES y FÍSICO:

De acuerdo con los Requisitos de vacunación para el ingreso y la asistencia a la escuela (Ley de salud pública del estado de Nueva York) de la Oficina de inmunización del Departamento de Salud del estado de Nueva York, el distrito debe recibir evidencia de que su hijo ha sido vacunado. Estos registros son necesarios para garantizar la asistencia continua de su hijo.

Además, proporcione un registro del examen físico más reciente que se le haya realizado a su estudiante. El estado de Nueva York exige que cada estudiante nuevo que ingrese a una escuela pública se someta a un examen físico al ingresar al Distrito. Un examen físico realizado no más de doce meses antes del primer día del año escolar en cuestión cumplirá con este requisito.

PRUEBA DE RESIDENCIA:

Debe ser residente de nuestro distrito escolar y presentar prueba de su residencia en forma de documentos de cierre de la casa, contrato de arrendamiento o factura reciente de gas y electricidad a su nombre y dirección. Si reside con alguien que vive en el distrito, esta persona debe presentar una carta notariada que indique que usted y sus hijos (enumerados por nombre) viven en su dirección y proporcionar prueba de que su residencia se encuentra en el Distrito Escolar Independiente de Sodus. Si se determina que los estudiantes registrados no son residentes legales, el padre/tutor puede ser considerado responsable financieramente de los servicios educativos proporcionados antes del descubrimiento de la no residencia.

AVISO DE DERECHOS CON RESPECTO A LA DERIVACIÓN PARA EVALUACIÓN PARA EDUCACIÓN ESPECIAL:

Si sospecha que su hijo necesita servicios o programas de educación especial, puede derivarlo al Director de Servicios Estudiantiles del Distrito para que lo evalúe. La derivación debe hacerse a Joseph Keeney, Director de Servicios Estudiantiles, Sodus CSD, PO Box 220, Sodus, NY 14551 El sitio web del Departamento de Educación del Estado de Nueva York tiene información sobre este proceso y sus derechos. Puede obtener una copia de la Guía para padres sobre educación especial en el siguiente sitio web.

<https://www.nysed.gov/sites/default/files/programs/special-education/a-parents-guide-to-special-education.pdf>

Si tiene alguna pregunta con respecto a lo anterior, comuníquese con Kelley Darling, Registradora del Distrito, al 315-483-5208.

OFICINA DE SERVICIOS AL ESTUDIANTE: PO Box 220, Sodus, NY 14551

Teléfono de la oficina: (315) 483-5208 Fax de oficina: (315) 483-5248

Línea en español: (315) 483-5249

Correo electrónico: Registration@soduscsl.org

Sitio Web: www.soduscsl.org

Firma Electrónica y Correspondencia de Datos Acuerdo

Yo, _____, padre/tutor del/los estudiante(s) _____

autorizo al Distrito Escolar Central de Sodus a utilizar mi firma impresa como mi firma digital oficial para todos los documentos relacionados con este paquete de inscripción bajo los siguientes términos:

Acuerdo de Firma Electrónica

Al ingresar digitalmente sus iniciales junto a esta declaración, usted firma este Acuerdo electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual/manuscrita en este Acuerdo y en el paquete. Al colocar sus iniciales en esta sección mediante cualquier dispositivo, medio o acción, usted acepta los términos y condiciones legalmente vinculantes de este Acuerdo. Además, usted acepta que su firma en este documento (en adelante denominada su "Firma Digital") es tan válida como si hubiera firmado el documento por escrito.

Consentimiento para la entrega electrónica

Al ingresar digitalmente sus iniciales junto a esta declaración, usted acepta específicamente recibir, obtener y/o enviar todos los documentos e información de forma electrónica del SodusCSD. Estos documentos e información serán se conocerán colectivamente como "Comunicaciones Electrónicas" e incluirán, entre otros, todos y cada uno de los avisos y/o divulgaciones actuales y futuros relacionados con el CSD, así como dichos documentos, declaraciones, datos, registros y Otras comunicaciones relacionadas con su(s) hijo(s). Usted acepta las Comunicaciones Electrónicas proporcionadas por correo electrónico como un aviso razonable y adecuado a los efectos de cumplir con todas y cada una de las normas y regulaciones, y acepta que dichas Comunicaciones Electrónicas satisfacen plenamente el requisito de que las comunicaciones se le proporcionen por escrito o en un formato que pueda conservar.

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE Y SU HOGAR

Distrito escolar central de Sodus, 6375 Robinson Road, Sodus, NY 14551, 315-483-2331

For Office Use:	☐ SODUS UPK	☐ HEADSTART UPK	☐ SPECIAL EDUCATION
Registration Date: _____	Assigned School: _____	Grade: _____	
Start Date: _____	Student ID #: _____		

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre completo del estudiante:	Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apodo
Dirección del estudiante:	Calle	Apt	Proof of Age: ☐ Provided:	
Ciudad	Codigo Postal	Proof of Residency: ☐ Provided:		
Fecha de nacimiento:	Género:		Grado	

Etnia NYSED y el Departamento de Educación del Gobierno Federal exigen que cada escuela informe algunos datos de inscripción en función del origen nacional o la raza. El Sodus CSD no discrimina y cumple con el Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 y la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973.

¿El niño es hispano / latino? ☐ Sí ☐ No

¿El estudiante pertenece a una o más de estas razas? (Marque todas las que correspondan).

☐ Indígena Americano—de Alaska ☐ AsiáticoNe ☐ Afroestadounidense (No Hispano) ☐ Blanco

Información primaria del hogar	Teléfono de casa #:		
Dirección completa:	(area code)		
Nombre del padre/tutor: (Primer Contacto)	Apellidos	Nombre	Género
Relación con el estudiante:	☐ Padres biológicos ☐ Tutor Legal	Teléfono #s: (Incluir código de área)	
☐ Padres Adoptivo ☐ Padrastro	☐ Otro: _____	Móvil:	
Correo electrónico:	Trabajo:		
Nombre del padre/tutor: (Segundo contacto)	Apellidos	Nombre	Género
Relación con el estudiante:	☐ Padres biológicos ☐ Tutor Legal	Teléfono #s: (Incluir código de área)	
☐ Padres Adoptivo ☐ Padrastro	☐ Otro: _____	Móvil:	
Email Address:	Trabajo:		

ESCUELAS A LAS QUE ASISTIÓ ANTERIORMENTE

Nombre de la escuela	Ciudad/Pueblo/Estado/País	Calificación	Fecha de inicio	Fecha de finalización
¿Este estudiante está actualmente suspendido de su escuela más reciente? ☐ Sí ☐ No				

¿Recibió el estudiante almuerzo gratuito o a precio reducido en el distrito escolar anterior? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN SOBRE LA CUSTODIA

Información de los derechos de los padres sobre la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés): Una agencia o institución educativa deberá otorgar a cualquiera de los padres todos los derechos bajo la Ley, a menos que la agencia o institución haya recibido pruebas de que existe una orden judicial, un estatuto estatal o un documento legalmente vinculante relacionado con asuntos como el divorcio, la separación o la custodia que revoque específicamente los derechos. (Autoridad: 20U.S.C 1232g) Por favor, informe a su escuela cualquier cambio que ocurra en los acuerdos de custodia –

☐ Dos parientes en el hogar	☐ Divorciados/Separado	☐ Custodia compartida	☐ Padre soltero	☐ Custodia exclusiva
☐ Transferencia de custodia	☐ Cuidado tutelar (debe proveer el DDS-2999/3424)		☐	Joven no acompañado
Custody paperwork provided during registration? ☐ Yes ☐ No				
Restricciones de contacto y/o información: DEBEN proporcionarse documentos de custodia/orden judicial.				
☐ Sin restricciones para padres/tutores	☐ Los documentos de custodia especifican restricciones	☐ Orden de protección		
☐ Otra documentación, especificar: _____	Fecha de expiración: _____			
Persona(s) restringidas: _____		Relación con el estudiante: _____		

INFORMACIÓN SECUNDARIA SOBRE EL HOGAR

Nombre del pariente/tutor: <i>Apellidos</i> _____ <i>Nombre</i> _____	Relationship to student: ☐ Has permission to pick student up from school.
Dirección completa: _____	Móvil: _____
	Casa: _____
	Trabajo _____
Correo electrónico: _____	(Include area codes.) Recibe correos ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN SOBRE HERMANOS Y HERMANAS

Hermanos/as que viven en la residencia principal:					
Apellidos	Nombre	Género	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela
		☐ M ☐ F			
		☐ M ☐ F			
		☐ M ☐ F			
		☐ M ☐ F			

INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____	Teléfono: _____
Nombre de la práctica/oficina: _____	
Dirección: _____	

INFORMACIÓN DE CONTACTO en caso de emergencia *(Enumere en orden a quién se debe contactar después de los padres/tutores.)*

Nombre: _____	Casa #: _____
Relación con el estudiante: _____	Móvil#: _____
☐ Tiene permiso para recoger al estudiante en la escuela.	Trabajo #: _____
Nombre: _____	Casa #: _____
Relación con el estudiante: _____	Móvil #: _____
☐ Tiene permiso para recoger al estudiante en la escuela.	Trabajo #: _____
Nombre: _____	Casa #: _____
Relación con el estudiante: _____	Móvil #: _____
☐ Tiene permiso para recoger al estudiante en la escuela.	Trabajo #: _____
Nombre: _____	Casa #: _____
Relación con el estudiante: _____	Móvil#: _____
☐ Tiene permiso para recoger al estudiante en la escuela.	Trabajo #: _____

Firma: _____ **Relación con el estudiante:** _____

RESIDENCIA CUESTIONARIO

Sodus Central Escuela Distrito, 6375 Robinson Road, Sodus, Nueva York 14551, 315-483-2331

Según el Plan del Título 1 del Departamento de Educación del Estado, todos los distritos escolares que reciben fondos del Título I deben utilizar un cuestionario de residencia que pregunta sobre el estado de vivienda del estudiante. Este formulario debe ser completado por todos los estudiantes que buscan inscribirse, así como aquellos que cambian de dirección.

Nombre de Local Agencia de Educación: SODUS CENTRAL ESCUELA DISTRITO

Nombre del estudiante _____

DIRECCIÓN _____

Apellido, Nombre *Inicial*

Calle *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Género: _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Grado _____ ID# _____

dd *mm* *yyyy* *(PK-12)* *(Opcional)*

Nombre de la escuela _____

Es padre tutor alistado en una rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, nombre del padre y alistamiento: _____

The answer you give below will help the district determine what services you or your child may be able to receive under the McKinney-Vento Act. Students who are protected under the McKinney-Vento Act are entitled to immediate enrollment in school even if they don't have the documents normally needed, such as proof of residency, school records, immunization records, or birth certificate. Students who are protected under the McKinney-Vento Act may also be entitled to free transportation and other services.

¿Dónde es el alumno actualmente viviendo? (Por favor controlar uno caja.)

- ☐ En un refugio
- ☐ Con otra familia u otra persona porque de pérdida de vivienda o como un resultado de dificultades económicas (a veces denominadas "duplicadas")
- ☐ En un hotel/motel
- ☐ En un coche, parque, autobús, tren o camping.
- ☐ Otra situación de vivienda temporal (por favor describa): _____
- ☐ En vivienda permanente _____

Presentación a FALSO registro o falsificando archivos es un ofensa bajo sección 37.10 Penal código y inscripción de el El hecho de que un niño sea acogido con documentos falsos lo somete a la responsabilidad de pagar la matrícula u otros costos. TEC Sec.25.002(3)(d)

Imprimir Nombre de Padre, Guardián, o jóvenes no acompañados

Firma de Padre, Guardián, o jóvenes no acompañados

Fecha

PARA OFICINA USAR SOLO:

I certify that the above named student qualifies for services and the Child and Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act.

Signature of McKinney-Vento Liaison

Date

REGISTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Distrito escolar central de Sodus, Oficina de servicios estudiantiles, Teléfono 315-483-5208

Para ser completado por la madre/padre/tutor. Este formulario, y el de divulgar información, deben ser completados y firmados antes de que un estudiante pueda ser inscrito

Nombre del estudiante: _____ Medicaid CIN # _____

1. ¿Es la lengua materna otra que no sea el inglés? ☐ SI (complete el formulario sobre lengua materna) ☐ NO

2. ¿Ha sido el alumno clasificado por el Comité de Educación Especial? ☐ SI ☐ NO

¿Cuál es la Clasificación actual del estudiante?

- ☐ Discapacidad de aprendizaje (LD, en inglés)
- ☐ Impedimento del habla/lenguaje (SI, en inglés)
- ☐ Trastorno emocional (ED, en inglés)
- ☐ Autismo (AU, en inglés)
- ☐ Múltiples discapacidades (MD, en inglés)
- ☐ Impedimento ortopédico (OI, en inglés)

- ☐ Discapacidad auditiva (HH, en inglés)
- ☐ Retraso mental (MR, en inglés)
- ☐ Daño cerebral traumático (TBI, en inglés)
- ☐ Sordoceguera (DB, en inglés)
- ☐ Sordera (DF, en inglés)
- ☐ Estudiante preescolar con discapacidad (PD, en inglés)

3. ¿Qué servicios de educación especial recibe el estudiante? (Marque todos los que apliquen)

☐ Aula de Educación Especial ☐ Salón de Recursos ☐ Consultor Educativo

☐ Terapia de Habla ☐ Terapia Física ☐ Terapia Ocupacional ☐ Consejería

4. ¿Asiste a un programa de BOCES? ☐ SI ☐ NO

¿Dónde? _____ ¿Qué tipo de programa? _____

5. ¿Asiste el estudiante a un programa PRIVADO o RESIDENCIAL fuera del distrito escolar público?

¿Dónde? _____ ¿Qué tipo de programa? _____

6. ¿Tiene un Plan de Adaptación, según la sección 504? ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es sí, por favor, describa/mencione las adaptaciones _____

Doy permiso a que se comparta información relacionada con mi hijo/a, _____, entre el Distrito Escolar Central de Sodus y aquellos que se mencionan abajo a continuación. Esta información será utilizada para ayudar a determinar las necesidades educativas del estudiante en cuestión.

Nombre Dirección Teléfono

Nombre Dirección Teléfono

Nombre Dirección Teléfono

Firma de la madre/padre/tutor _____

Fecha _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN EDUCATIVA PARA FINANCIACIÓN DE MEDICAID

Distrito Escolar Central de Sodus, Oficina de Servicios Para Estudiantes, 315-483-5208

TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADE

Al firmar esta solicitud, entiendo y confirmo que:

- He sido completamente informado en mi idioma nativo u otro modo de comunicación que el otorgamiento de mi consentimiento para compartir información con el fin de obtener el reembolso de Medicaid por los servicios proporcionados según el programa educativo individualizado (IEP) de mi hijo es voluntario y puede revocarse en cualquier momento y que si revoco mi consentimiento, no niega (deshace) una acción que ocurrió después de que se dio mi consentimiento y antes de que mi consentimiento fuera revocado.
- Si rechazo el consentimiento para permitir el uso del seguro de Medicaid para pagar los servicios de educación especial, el distrito escolar debe proporcionar todos los servicios de educación especial requeridos sin costo para mí.
- El uso del seguro de Medicaid para servicios de educación especial no disminuirá la cobertura de por vida disponible, no aumentará las primas ni provocará la interrupción de los beneficios, no hará que mi familia pague por servicios requeridos para mi hijo fuera de la escuela que de otro modo estarían cubiertos por el programa de Medicaid ni disminuirá de otro modo los beneficios asegurados de mi familia bajo el programa de Medicaid.
- No incurriré en ningún gasto de bolsillo como el pago de un deducible o copago.

Yo, _____ como madre/padre/tutor de
(escribir el nombre del pariente o de la persona con relación parental)

(escribir el nombre del niño/a)

Medicaid CIN # (OBLIGATORIO)

Doy permiso al Distrito Escolar Central de Sodus para usar Medicaid para pagar los servicios del IEP y a dicha agencia pública y a cada escuela o proveedor de educación especial privado aprobado que brinde servicios del IEP a mi hijo para divulgar información sobre códigos de diagnóstico y procedimiento para facturar a Medicaid por los servicios descritos en el IEP de mi hijo y para evaluaciones en relación con los servicios; y en el caso de una auditoría, la documentación requerida para respaldar los servicios reembolsados por Medicaid de los registros educativos de mi hijo a representantes de agencias locales, estatales y federales con el único propósito de reclamar el reembolso de Medicaid por servicios de apoyo relacionados con la salud cubiertos para cada servicio y para cada año escolar en el que se brinde el servicio según lo recomendado en el IEP de mi hijo si mi hijo es o se vuelve elegible para Medicaid.

Doy mi consentimiento voluntariamente y comprendo que puedo retirarlo en cualquier momento. También comprendo que el derecho de mi hijo a una educación pública gratuita y apropiada (FAPE) no depende en modo alguno de que yo otorgue mi consentimiento.

Firma: _____

Fecha: _____



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	Seundo 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 especifique
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	☐ Inglés ☐ Otro	☐ No sabe leer especifique
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	☐ Inglés ☐ Otro	☐ No sabe escribir especifique

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR DISTRITO EN EL QUE ESTÁ REGISTRADO EL ESTUDIANTE:

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:	



Sodus Central School District
P.O. Box 220
Sodus, New York 14551-0220
Fax (315) 483-4755



Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida

Para compartir información de salud protegida con el distrito escolar, su proveedor de atención médica puede solicitar que complete el siguiente formulario para cumplir con los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Complete, firme y entregue el formulario a su proveedor de atención médica y/o a la enfermera de su escuela para evitar demoras en la atención de su hijo.

Yo, _____ autorizo a los proveedores de atención médica de mi hijo que se enumeran a continuación:

Nombre _____	Teléfono _____	FAX _____
Nombre _____	Teléfono _____	FAX _____
Nombre _____	Teléfono _____	FAX _____

para divulgar los registros médicos de mi hijo, _____, fecha de nacimiento _____ al distrito:

- ☐ Director médico ☐ Enfermero escolar ☐ Entrenador atlético (AT) ☐ Consejero
☐ Terapeuta ocupacional (OT) ☐ Fisioterapeuta (PT) ☐ Psicólogo ☐ Trabajador social ☐ Habla Terapeuta (ST)
☐ Todo lo anterior ☐ Otro _____

El proveedor de atención médica puede revelar la siguiente información: (Padre/Escuela: marque todo lo que corresponda)

- ☐ Vacunas ☐ Evaluaciones de salud ☐ Condiciones médicas pasadas/actuales e impacto en la asistencia, deportes o programación o terapia escolar ☐ Otro _____

La Información de Salud Protegida puede usarse, divulgarse o recibirse para los siguientes propósitos: (Padres/Escuela: marque todo lo que corresponda)

- ☐ Desarrollar planes de atención o terapia para la gestión escolar de rutina y emergente.
☐ Diseñar programas educativos, escolares o deportivos apropiados.
☐ Evaluar el impacto de la(s) condición(es) médica(s) en la programación y/o asistencia escolar.
☐ Compartir observaciones/preocupaciones escolares en torno al comportamiento.
☐ Para evaluar una base médica para la modificación del transporte y/o tutoría en el hogar.
☐ Entrega de medicamentos o prescripciones de terapia.
☐ A petición del paciente sin propósito específico
☐ Otro _____

PADRE: Por favor seleccione uno:

- ☐ Esta autorización es válida mientras dure la asistencia dentro del distrito escolar.
☐ Esta autorización es válida para todo el año escolar académico _20__ - _20__
☐ Esta autorización vencerá el ____/____/____ (MES/DD/AÑO)

Reconozco que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito al Oficial de Privacidad en el consultorio de mi proveedor de atención médica y al Edificio de Administración del Distrito. Entiendo que la revocación de esta autorización no es efectiva si el Proveedor de atención médica o el Distrito han utilizado la autorización para la divulgación de la Información de salud protegida antes de recibir mi aviso de revocación por escrito. Entiendo que cualquier Información de salud protegida divulgada como resultado de esta Autorización a cualquier persona que no esté cubierta por las leyes y regulaciones de privacidad estatales y federales puede estar sujeta a una nueva divulgación y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales. Entiendo que el tratamiento de mi hijo no depende de mi acuerdo de revelar o retener información. Reconozco que el distrito compartirá información escolar relevante con mis proveedores de atención médica y, cuando corresponda, con aquellas agencias gubernamentales según sea necesario para los reembolsos. Doy permiso para que los representantes de la escuela mencionados anteriormente compartan y divulguen información como se indica anteriormente con el proveedor de atención médica mencionado.

Firma del padre/tutor o estudiante si es mayor de 18 años

Relación

Fecha



Sodus Central School District
P.O. Box 220
Sodus, New York 14551-0220
Fax (315) 483-4755



HISTORIAL SANITARIO

Nombre del niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Médico del niño _____ Teléfono del medico _____

¿Ha padecido su hijo alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo, describa

NO *SÍ*

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Alergias _____ |
| ☐ | ☐ | Asma _____ |
| ☐ | ☐ | Diabetes _____ |
| ☐ | ☐ | Trastorno convulsivo _____ |
| ☐ | ☐ | Enfermedades graves _____ |
| ☐ | ☐ | Hospitalizaciones _____ |
| ☐ | ☐ | Lesiones graves/cirugías _____ |
| ☐ | ☐ | Problemas musculares, articulares y óseos (incluidas fracturas) _____ |
| ☐ | ☐ | Mareos/desmayos/dolor torácico _____ |
| ☐ | ☐ | Problemas cardíacos (corazón agrandado, defecto congénito, ritmo anormal, etc.) _____ |
| ☐ | ☐ | Problemas de tensión arterial (alta o baja) _____ |
| ☐ | ☐ | Trastorno hemorrágico _____ |
| ☐ | ☐ | Problema de hígado o bazo _____ |
| ☐ | ☐ | Enfermedad renal o ausencia de un riñón _____ |
| ☐ | ☐ | Quedó inconsciente o sufrió una conmoción cerebral _____ |
| ☐ | ☐ | Problemas cutáneos/lagas/rozaduras _____ |
| ☐ | ☐ | Problemas de visión/ojos _____ |
| ☐ | ☐ | Problemas de oído _____ |
| ☐ | ☐ | Problemas de habla/lenguaje _____ |
| ☐ | ☐ | ¿Su hijo toma actualmente algún medicamento? _____ |
| ☐ | ☐ | ¿Existe alguna afección que limite las actividades en el aula, el patio de recreo, la educación física o las actividades vigorosas? _____ |

Comentarios y/o preocupaciones adicionales: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES

Soy consciente de que mi hijo necesita haber tenido un examen físico dentro de los últimos doce meses antes de entrar en la escuela. Si mi niño no tiene un físico actual, yo entiendo que yo debo programar a él/ella para un físico dentro de 30 días de matriculación. Si un físico no es proporcionado dentro de 30 días a la escuela, yo doy el permiso para tener un examen proporcionado a mi niño por el Director Médico del distrito. Yo avisare a la enfermera de la escuela si quiero estar presente durante el examen.

El abajo firmante otorga permiso para que el médico de familia/proveedor de atención médica divulgue los datos y hallazgos del último examen físico de este estudiante y todos sus registros de vacunación al Distrito Escolar Central de Sodus.

Nombre del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma _____



Sodus Central School District
P.O. Box 220
Sodus, New York 14551-0220
"Learning, Advancing, Proud, Spartans!"



Queridos padres:

Como parte de nuestro objetivo de reconocer a los estudiantes y al personal por sus logros y crear una cultura de celebración, exhibiremos fotografías y grabaciones de audio y video tomadas en eventos escolares en publicaciones escolares, periódicos, el sitio web del distrito, materiales promocionales, informes de televisión, Facebook y Twitter. Las fotografías de estudiantes que participan en eventos escolares hacen que las historias sean aún más especiales para las familias y las personas de nuestra comunidad.

Si **NO** desea que se utilice el nombre o la fotografía o el vídeo de su hijo para este fin, deberá enviar una nota al director de la escuela con su solicitud. La nota debe estar firmada por usted e incluir una fecha.

Hasta que recibamos esta nota, asumiremos que usted otorga permiso para que el nombre y la fotografía/video de su hijo se incluyan en las comunicaciones del Distrito. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el director de su hijo o conmigo en cualquier momento.

Atentamente,

Michael Ferris
Superintendente de escuelas



Sodus Central School District
P.O. Box 220
Sodus, New York 14551-0220
"Learning, Advancing, Proud, Spartans!"



Portal para padres de SchoolTool

¡ Revise las calificaciones estudiantiles y los registros de asistencia en Internet!

Si está interesado en acceder a esta información, por favor complete:

¿Como se llama? _____

Email address: _____
(por favor escriba claramente)

Por la presente le doy permiso al distrito escolar central de Sodus de colocar información con respecto a los siguientes estudiantes en el sistema de portal de padres de SchoolTool:

Nombre del estudiante	el grado	el edificio

firma de padre/guardián: _____

fecha de firma: _____

***Usted recibirá su primera contraseña SchoolTool a través del correo electrónico que usted ha proporcionado anteriormente.



Distrito Central Escolar de Sodus
P. O. Box 220
Sodus, NY 14551
El Departamento de Transporte Escolar de Sodus

Solicitud de Transporte Alternativo

- ☐ Escuela Elementario ☐ Escuela Intermedia ☐ Escuela Secundaria
☐ Otro (Nombre de Escuela) _____

Información del Estudiante(s): (por favor imprime)

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Grado

Dirección postal, Incluido el Código Postal

Lugar alternativo o información sobre la guardería: (por favor imprime)

Dirección de la guardería	Teléfono
Nombre de la niñera (cuidador)	Numero Alternativo

Marque las
Casillas
Apropiadas

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
A la Escuela					
De la Escuela					

Fecha de
Inicio Deseado

Se organizará el transporte a/desde el lugar alternativo en los horarios indicados anteriormente. El resto del tiempo el estudiante será transportado a la dirección de casa en la sección de información del estudiante indicado arriba.

Información del Padre o Tutor: (por favor imprime)

Nombre	Teléfono	Teléfono Alternativo

La Ley de Educación del Estado de Nueva York exige que los padres o tutores legales presenten una solicitud de transporte por escrito al proveedor de servicios de guardería a más tardar abril 1 de cada año. La información adicional se puede encontrar en:

<http://www.emsc.nysed.gov/mgtserv/ptrans>

Mi firma certifica que soy el padre/madre/tutor legal del/de los estudiante(s) mencionado(s) arriba y que estoy autorizado para solicitar transporte hacia/desde el lugar alternativo/proveedor de cuidado infantil mencionado arriba.

Nota: Retiene
una copia
para sus registros

Firma	Fecha

Imprime, llene, y enviar por correo al Departamento de Transporte Escolar de Sodus

OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, **sin importar su nacionalidad o estado legal**. Este programa **es gratuito** para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de involucramiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?

- ☐ Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- ☐ Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- ☐ Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: (____)-____-____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Para someter este referido, por favor envíelo por fax a 607-436-3606, o por correo a NYS Migrant Education Program- Identification & Recruitment Office 100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY 12020

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM

TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR

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	☐ 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 ☐ 2 ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

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: ☐ Yes ☐ 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	Date
TB- PRN	☐	☐		☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥ 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 PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11					
Vision Screening	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 Screening: 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: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done
		☐	☐	☐ Yes	☐
FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK					
☐ *Family cardiac history reviewed – required for 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, and Wrestling.					
☐ Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.					
☐ Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.					
☐ Other Restrictions:					
Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level OR Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.					
Tanner Stage: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V					
☐ Other Accommodations*: Provide Details (e.g., brace, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.):					
*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 NYSIIS		
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.					