

¡Bienvenido al Distrito Escolar de Comsewogue!

Documentos requeridos para registrarse para el 1er-12to grado Actualmente recibiendo servicios de educación especial o con un IEP existente

- 1. Copia del certificado de nacimiento del estudiante (preferido) Pasaporte o certificado de bautismo**
- 2. Paquete de registro** El paquete de registro proporcionado en esta página web o en la oficina central de registro debe completarse en su totalidad.
- 3. Examen de salud según lo ordenado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York** El examen físico debe estar fechado no más de doce meses antes del primer día de asistencia del estudiante. El estudiante puede recibir un examen físico del médico de la escuela si no se recibe la documentación.
- 4. Inmunizaciones según lo ordenado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York**
La prueba de las vacunas requeridas para el ingreso a la escuela es obligatoria por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y debe presentarse en el momento de la inscripción.
- 5. DOS pruebas de residencia del registro de padres / tutores no pueden tener lugar antes de la fecha de mudanza.**

Primera prueba para propietarios de viviendas

- un. Estado de cuenta de la hipoteca actual o
- b. Factura anual actual del impuesto a la propiedad
- c. Acto

Inquilinos/otros:

Una declaración notariada (puede ser jurada o no jurada) del Propietario o Propietario de quien el padre o tutor arrienda o comparte la propiedad y una copia del contrato de arrendamiento.

Segunda prueba para propietarios e inquilinos Cualquiera

de las siguientes formas de documentación se aceptan para su segunda prueba. Una copia de su talón de pago, declaración de impuestos sobre la renta, factura de servicios públicos, documentos de registro de votantes, licencia de conducir oficial, permiso de aprendiz o identificación sin conducir, identificación estatal u otra identificación emitida por el gobierno, documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales.

Si su hijo recibe educación especial o servicios relacionados, debe proporcionar el IEP en el momento de la inscripción.

Problemas de custodia (si corresponde) - Proporcione cualquier documento judicial relacionado con la custodia.

Una vez que se reciba toda la documentación necesaria, se procesará y se enviará a la escuela a la que asistirán. La escuela se comunicará con usted con la fecha de inicio de su hijo, las asignaciones del maestro y la información de transporte.

Política de Etnicidad del Distrito Escolar de Comsewogue

El Distrito Escolar de Comsewogue ha adoptado una política que requiere la recopilación y el registro de la identidad étnica de los estudiantes en el Distrito Escolar de Comsewogue de acuerdo con las categorías y definiciones federales. La información se utilizará para:

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

Necesitamos su ayuda para llevar a cabo esta tarea. Por favor, revise las definiciones raciales/étnicas que se enumeran a continuación antes de completar la pregunta en la primera página de este paquete.

Hispánico: Hispano Latino o de origen español: una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centroamericano / sudamericano u otra cultura u origen español, independientemente de su raza.

Blanco: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del norte o El Medio Oriente

Negro o afroamericano: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África

Asiático: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, incluidos Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Indio americano o nativo de Alaska: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene afiliación tribal o apego a la comunidad.

Todos los estudiantes entre 5 y 21 años de edad tienen derecho a una educación pública gratuita. A los niños no se les puede negar la admisión debido a su raza, color, credo, origen nacional, sexo, ciudadanía, condición de discapacidad o estado migratorio.

El Distrito Escolar de Comsewogue entiende la naturaleza sensible de esta información y desea asegurarle que se mantendrá segura y confidencial de acuerdo con todas las leyes y regulaciones estatales y federales de privacidad estudiantil. Si la información solicitada no se proporciona en el formulario en nombre de su hijo. Se requerirá que un oficial de registros estudiantiles de la escuela o el distrito identifique el grupo al que el estudiante parece pertenecer, con el que se identifica o se considera que pertenece en la comunidad. Gracias por su ayuda.

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (1974) prohíbe el acceso no autorizado a los registros de los estudiantes y la divulgación no autorizada de cualquier información de registros de estudiantes identificable por el nombre del estudiante o el número de identificación del estudiante.

Comsewogue School District
Office of Pupil Personnel Services
290 Norwood Avenue
Port Jefferson Station, NY
11776 Teléfono (631) 474-8127 Fax (631) 474-8112

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Fecha: _____

I, _____

(NOMBRE DEL PADRE/TUTOR)

HERBY SOLICITA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN PSICOLÓGICA, SOCIAL,
EDUCATIVA, MÉDICA Y CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE CON
RESPECTO A MI HIJO _____

**OFICINA DE
SERVICIOS DE PERSONAL ESTUDIANTIL COMSEWOGUE SCHOOL DISTRICT 290
NORWOOD AVENUE PORT
JEFFERSON STATION, NY 11776**

**Entiendo que esta información se mantendrá confidencial y se utilizará solo con el propósito
de planificar y coordinar la programación y los servicios educativos.**

(FIRMA)

(RELACIÓN)

Distrito
Escolar de Comsewogue Oficina de Servicios de Personal Estudiantil

290 Norwood Avenue

Port Jefferson Station, NY
11776 Teléfono (631) 474-8127 Fax (631) 474-8112

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA EVALUACIÓN

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

_____ Por la presente doy mi consentimiento al Distrito Escolar de Comsewogue para que el personal debidamente certificado evalúe a mi hijo con el fin de determinar si él / ella necesita servicios de educación especial. Las evaluaciones individuales consistirán en las indicadas en la carta adjunta.

_____ No doy mi consentimiento para que mi hijo sea evaluado.

Entiendo que este consentimiento es solo para evaluación y no para colocación en educación especial. Soy consciente de que seré invitado a una reunión del Comité Distrital de Educación Especial, en la que se tomará una determinación con respecto a la colocación educativa de mi hijo.

NO SE TOMARÁ NINGUNA DETERMINACIÓN FINAL DE LA COLOCACIÓN DEL ESTUDIANTE SIN LA FINALIZACIÓN DE UN EXAMEN MÉDICO ACTUALIZADO. LA REUNIÓN DE LA CSE SE LLEVARÁ A CABO, PERO LA DETERMINACIÓN FINAL SE APLAZARÁ HASTA QUE SE COMPLETE EL EXAMEN.

FIRMA DE LOS PADRES:

Consentimiento de los padres para el uso de beneficios públicos o seguros de conformidad con la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA)

Yo,

Entiendo y acepto que el distrito escolar / condado puede solicitar un Número de Identificación del Cliente (CIN), verificar la elegibilidad de Medicaid y / o acceder a Medicaid para pagar la educación especial y los servicios relacionados proporcionados a mi hijo. Lo entiendo:

- Proporcionar el consentimiento no afectará la cobertura de Medicaid de mi hijo/mi hijo;
- Previa solicitud, puedo revisar copias de los registros divulgados de conformidad con esta autorización;
- Los servicios enumerados en el IEP de mi hijo deben proporcionarse sin costo para mí, ya sea que dé o no mi consentimiento para facturar Medicaid y / o proporcionar el CIN de mi hijo;
- Tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento; y
- El distrito escolar, condado debe darme una notificación anual por escrito de mis derechos con respecto a este contenido.

También doy mi consentimiento para que el distrito escolar/condado divulgue los siguientes registros/información sobre mi hijo a la Agencia Estatal de Medicaid con el propósito de verificar la elegibilidad de Medicaid y/o facturar por educación especial y servicios relacionados que están en el IEP de mi hijo. Se pueden compartir los siguientes registros:

- Información demográfica del estudiante (nombre, edad, dirección, SSN, etc.)
- Información de servicios estudiantiles (servicios de educación especial proporcionados al estudiante)

Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También entiendo que el derecho de mi hijo a recibir educación especial y servicios relacionados no depende de ninguna manera de mi consentimiento y que, independientemente de mi decisión de proporcionar este consentimiento, todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo se proporcionarán a mi hijo sin costo alguno para mí.

El CIN del estudiante (si se conoce)

_____ **Date: nombre** _____

Print: Firma _____

Parent/Guardian _____

DISTRITO ESCOLAR DE COMSEWOGUE

OFICINA DE SERVICIOS DE PERSONAL ESTUDIANTIL

290 Norwood Avenue, Estación Port Jefferson, NY 11776 | Teléfono 631.474.8100 | Fax: 631.474.8112

Timoteo Dornicik
Administrador de Distrito para Servicios de Personal de Alumnos
tdornicik@comsewogue.k12.ny.us | 631.474.8127

Jennifer Quinn, Ed.D.
Superintendente de Escuelas

Estimado padre/tutor,

El Distrito proporciona servicios y programas de educación especial a estudiantes con discapacidades de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables. Cualquier padre o tutor que sospeche que su hijo tiene una discapacidad puede remitir a su hijo para una evaluación por parte del Comité de Educación Especial (CSE) del Distrito o el Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE) del Distrito para determinar la elegibilidad para los servicios y programas de educación especial.

Información más detallada sobre este proceso está disponible en A Parent's Guide to Special Education, que se publica en el sitio web del Departamento de Educación del Estado de Nueva York en inglés y español:

<https://www.nysed.gov/special-education/parents-guide-special-education>

Los padres o tutores deben comunicarse con las Oficinas de Personal Estudiantil del Distrito al 631-474-8127.

Sinceramente

Timoteo Dornicik
Administrador de Distrito para Servicios de Personal de Alumnos



NEW ENTRANT FORM

For Office Use Only
Registration Date: _____
Student ID# _____
Immunizations Y/N
Physical Y/N
Custody Flag Y/N
Existing IEP Y/N
ESL/ENL Y/N

Apellido del estudiante Primer nombre Inicial del segundo nombre
(como aparece en el certificado de Nacimiento)

Masculino/femenino/no binarie Fecha de nacimiento Registro de grado para

Direccion

Codigo etnico del nino (por favor marque)

- Hispano
- India americana/nativa de Alaska
- Asiatica
- Negra
- Blanca
- Nativa hawaiana/Islena del pacifico

Padre/tutor #1 (contacto primario)

Apellido Primer nombre Estado civil Relacion con la nina

Direccion (escribe igual si no es diferente a la del nino)

Indique los numeros de telefono en el orden en que la gustaria recibir llamadas.

1. _____ (Hogar trabajar celula) 2. _____ (Hogar trabajar celula)
3. _____ (Hogar trabajar celula) **El correo electronico:** _____

Padre/tutor #2

Apellido Primer nombre Estado civil Relacion con la nina

Direccion (si es diferente del estudiante, este padre recibira correo de la escuela? SI ___ NO ___)

Indique los numeros de telefono en el orden en que la gustaria recibir llamadas.

1. _____ (Hogar trabajar celula) 2. _____ (Hogar trabajar celula)
3. _____ (Hogar trabajar celula) **El correo electronico:** _____

Con quien vive esta nina? Padres ___ Padre/tutor 1 ___ Padre/tutor 2 ___ Guardian legal ___

Su hijo recibe actualmente servicios de educaci3n especial? SI ___ NO ___

Tiene su hijo un IEP existente? SI ___ NO ___

Existen normas especuakes de custodia u ordines judiciales con respect a su hijo? SI ___ NO ___

en caso afirmativo, proporcione una copia de la orden judicial

Recibe este nino algun servicio de ESL/ENL? SI ___ NO ___

Alguno de los padres es miembro de las fuerzas armadas en activo? SI ___ NO ___

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Distrito Escolar de Comsewogue Solicite de Registros Estudiantiles

Nombre del estudiante _____ School _____

Name _____ Dirección de la Escuela Anterior _____

Teléfono de la escuela anterior # _____ Fax Escolar Anterior # _____

El estudiante mencionado anteriormente se ha registrado para asistir al Distrito Escolar de Comsewogue. Por favor, envíe todos los registros aplicables relacionados con este estudiante a la escuela que se indica a continuación.

- Registros de inmunización/registros físicos/de salud actuales
- Evaluación de calificaciones/pruebas/rendimiento académico
- Evaluaciones psicológicas y cualquier otra información pertinente

Escuela Primaria Boyle Road 424 Boyle Road Port Jefferson Station NY, 11776 Teléfono (631) 474-8140 Fax (631) 474-8498 cbrodersen@comsewogue.k12.ny.us	Escuela Primaria Terryville Road 401 Terryville Road Port Jefferson Station NY, 11776 Teléfono (631) 474-2834 Fax (631) 474-2846 gdigiovanna@comsewogue.k12.ny.us	Clinton Avenue Elementary School 140 Clinton Avenue Port Jefferson Station NY, 11776 Teléfono (631) 474-8150 Fax (631) 474-8499 kdawson@comsewogue.k12.ny.us
Norwood Avenue Elementary School 290 Norwood Avenue Port Jefferson Station NY, 11776 Teléfono (631) 474-8130 Fax (631) 474-8385 amatonti@comsewogue.k12.ny.us	Escuela Intermedia John F. Kennedy Attn: Oficina de orientación 200 Jayne Boulevard Port Jefferson Station NY, 11776 Teléfono (631) 474-8166 Fax (631) 642-4322 smcgeeney@comsewogue.k12.ny.us	Comsewogue High School Attn: Oficina de orientación 565 Carril para bicicletas Port Jefferson Station NY, 11776 Teléfono (631) 474-8185 Fax (631) 474-2196 ldirusso@comsewogue.k12.ny.us

Firma del padre/tutor _____ Date _____



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:
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
Mes	Día	Año
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?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Padre 1 _____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> Padre 2 _____ <i>especifique</i>	<input type="checkbox"/> Tutor(es) _____ <i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> 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.	<p>¿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.</p> <p>Sí* No No se sabe</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, por favor explique: _____</p> <p>¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave</p>
10a.	¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* *Por favor, llene 10b.
10b.	<p>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____</p> <p>Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):</p> <p><input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial) <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial)</p>
10c.	¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11.	<p>¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
12.	¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

Mes: Día: Año:

Firma de un padre o de la persona en relación paternal 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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">MO. DAY YR.</small>	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">MO. DAY YR.</small>	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

Distrito Escolar de Comsewogue

Primera Notificación de Examen Físico Obligatorio por el Estado

La Ley Educativa del Estado de Nueva York y las Regulaciones del comisionado de Educación requieren un cálculo del IMC de los niños cuando:

- Ingresar o reingresar al distrito escolar
- Ingrese a los grados PK, K, 1, 3, 5, 7 y 9

De acuerdo con la ley, este examen físico no se realizará más de una vez al año antes del primer día de asistencia del año requerido. Se recomienda que un examen dental se complete en el mismo intervalo.

Al verificar el espacio al lado de la declaración correspondiente, indique si tiene la intención de que su médico de familia o el médico del distrito escolar examinen a su hijo.

___ "Tendré a mi hijo examinado por _____
(Nombre del médico) (Fecha)

___ "Haré que mi hijo sea examinado por el médico del distrito escolar en la oficina de enfermeras de la escuela de mi hijo".

Firma de los padres: _____

**COMSEWOGUE SCHOOL DISTRICT
ACTUALIZACIÓN DE HISTORIAL DE SALUD DE ESTUDIANTE**

Nombre:	Fecha de nacimiento: edad: Grado de:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Padre o tutor: (persona completar este formulario)	Teléfono de casa: Teléfono celular:	Fecha:

Ha su hijo alguna vez:	Sí	No	En caso afirmativo, por favor explique e incluya la fecha:
Tenía una condición médica permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visto un médico especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenía alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alimentos <input type="checkbox"/> medio ambiente <input type="checkbox"/> insectos <input type="checkbox"/> medicamento <input type="checkbox"/> otros
Sido la hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenía una operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenía una lesión que requiere una sala de emergencias, visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faltaron 5 días de escuela en una fila debido a enfermedad, lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenido una lesión muscular, hueso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desmayado, tenía una conmoción cerebral o lesión grave en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenido un convulsión/ataque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenía un problema de visión o condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gafas <input type="checkbox"/> contactos
Tenía un problema de audición o condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> implante coclear de audífono <input type="checkbox"/>
Usados puente dental, brackets o boquilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene cualquier familiares menores de 50 has:	Sí	No	En caso afirmativo, por favor especifique:
Tenido un ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenía otros problemas de salud graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN A SU HIJO:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Condición de la piel |
| <input type="checkbox"/> Asma/problemas para respirar | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Condición de habla |
| <input type="checkbox"/> Autismo/Asperger | <input type="checkbox"/> Condición de salud mental | <input type="checkbox"/> Afección urinaria |
| <input type="checkbox"/> Lesiones dentales | (depresión, trastornos alimentarios, ansiedad, OCD, impar, etcetera.) | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Escoliosis | |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del oído | <input type="checkbox"/> Solo órgano | |
| <input type="checkbox"/> Condiciones de GI (úlceras, reflujo, IBS) | (deriñón, <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> testículo) | |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | | |

MEDICAMENTOS ACTUALES	Sí	No	Por favor indique nombre, dosis, hora (s)
Dado en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomadas en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EQUIPO DE ASISTENCIA	Sí	No	Por favor, marque todas las que aplican
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> walker <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> otros:
TRATAMIENTOS	Sí	No	
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> monitoreo de glucosa de sangre, insulina <input type="checkbox"/> inhalador/nebulizador/flujo máximo control <input type="checkbox"/> dieta especial

¿Hay alguna condición que impediría a su hijo participar en educación física o deportes?

No _____ sí _____

Por favor indique cualquier preocupación adicional: (use la parte posterior de la hoja si es necesario)

Firma: fecha ____: ____

DISTRITO ESCOLAR DE COMSEWOGUE
Ciudad de Brookhaven
Port Jefferson Station, Nueva York

Maestro _____
Escuela _____
Grado _____ ID# _____
Año Escolar _____

TARJETA DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del estudiante _____

Dirección _____

Padre/Tutor #1

Nombre _____

Teléfono residencial # _____ Teléfono Celular # _____ Teléfono de trabajo # _____

Nombre _____

Teléfono residencial # _____ Teléfono Celular # _____ Teléfono de trabajo # _____

Si la escuela no puede ponerse en contacto con ninguno de los anteriores, por favor nombre dos locales familiares/amigos que pueden ser llamados a asumir la responsabilidad si su hijo está enfermo.

Nombre _____ Nombre _____

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono _____

Médico del Niño _____

El transporte de un niño enfermo debe ser organizado por el padre / tutor o una persona nombrada anteriormente.
Es responsabilidad de los padres/ tutores notificar a la enfermera de la escuela sobre los cambios en la información anterior.

Hermanos

Nombre	Grado	Maestro	Escuela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Contactos adicionales

Nombre _____ Nombre _____

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono _____

**Distrito Escolar de Comsewogue
Oficina de Transporte
290 Norwood Avenue
Estación Port Jefferson, NY 11776
Teléfono 631-474-8124 Fax 631-474-3639**

El procedimiento del Distrito Escolar de Comsewogue para Kindergarten hasta el 5^{to} Grado es que un Padre/Tutor o Adulto Autorizado se encuentra con el niño en la parada de autobús.

Mi hijo, _____ tiene permiso en mi ausencia en la parada de autobús para ser liberado a cualquier persona nombrada a continuación.

Por favor, devuelva este formulario completado a la Oficina de Transporte de Comsewogue solamente, **NO NIVEL DE EDIFICIO. Se requiere identificación con foto para la liberación de su hijo.**

Por favor, imprima claramente:

	Nombre	Relación	Número de teléfono
1.	_____	Madre	_____
2.	_____	Padre	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

NO libere al niño a:

1. _____
2. _____

Firma del padre/tutor _____

Contacto : _____ Fecha _____

Parada de autobús _____

Escuela _____ Ruta _____ Grado _____

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: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Gender Identity: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Nonbinary <input type="checkbox"/> X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

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

<input type="checkbox"/> Allergies	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Seizures	Type: _____ Date of last seizure: _____ <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Diabetes	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> 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
TB-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g/dL}$
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

System Review Within Normal Limits

Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)

<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/Neck	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Mental Health	<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*
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Referral <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/>
Notes					
Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral	Not Done	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>	
FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK					
<input type="checkbox"/> *Family cardiac history reviewed – required for Dominick Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act					
<input type="checkbox"/> Student may participate in all activities without restrictions.					
If Restrictions Apply – Complete the information below					
<input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in:					
<input type="checkbox"/> Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.					
<input type="checkbox"/> Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.					
<input type="checkbox"/> Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.					
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V					
<input type="checkbox"/> 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					
<input type="checkbox"/> Order Form for medication(s) needed at school attached					
COMMUNICABLE DISEASE			IMMUNIZATIONS		
<input type="checkbox"/> Confirmed free of communicable disease during exam			<input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> 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.					

Año escolar 2023-2024

Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela¹

NOTAS:
 Todos los niños deben estar vacunados según su edad para asistir a la escuela en el estado de Nueva York. La cantidad de dosis depende del programa recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunas deben corresponder al [Calendario de Vacunación de Niños y Adolescentes Recomendado por el ACIP](#). Las dosis aplicadas antes de la edad mínima o de los intervalos mínimos no son válidas y no se tienen en cuenta al calcular la cantidad de dosis que se mencionan abajo. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir los requisitos de vacunación de los grados para los que son equivalentes en edad.

Se DEBEN leer los requisitos de dosis con las notas al pie de página de este programa

Vacunas	Prekindergarten (guardería infantil, programa Head Start, guardería o pre-K)	Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º, 4.º y 5.º grado	6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado	12.º grado
Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)²	4 dosis	5 dosis o 4 dosis si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o 3 dosis si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año	3 dosis	
Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes³	No corresponde		1 dosis	
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)⁴	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)⁵	1 dosis	2 dosis		
Vacuna contra la hepatitis B⁶	3 dosis	3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad		
Vacuna contra la varicela⁷	1 dosis	2 dosis		
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)⁸	No corresponde		7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado: 1 dosis	2 dosis o 1 dosis si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)⁹	1 a 4 dosis	No corresponde		
Vacuna neumocócica conjugada (PCV)¹⁰	1 a 4 dosis	No corresponde		

1. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra el sarampión, las paperas o la rubéola o una confirmación de laboratorio de dichas enfermedades son pruebas aceptables de la inmunidad ante estas. Las pruebas serológicas para la poliomielitis son una prueba aceptable de la inmunidad solo si la prueba se hizo antes del 1 de septiembre de 2019 y los tres serotipos dieron positivo. Un análisis de sangre con resultado positivo para el anticuerpo de superficie contra la hepatitis B es una prueba aceptable de la inmunidad ante la hepatitis B. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra la varicela, una confirmación de laboratorio de varicela o el diagnóstico de un médico, un asistente médico o un enfermero de práctica avanzada de que un niño tuvo varicela son pruebas aceptables de la inmunidad ante la varicela.
2. Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y tos ferina acelular (DTaP). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de 5 dosis de la vacuna DTaP a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 15 y 18 meses de edad, y a los 4 años de edad o más. La cuarta dosis puede aplicarse a partir de los 12 meses de edad, siempre que hayan transcurrido por lo menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario que se repita la cuarta dosis de DTaP si se aplicó al menos 4 meses después de la tercera dosis de DTaP. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
 - b. Si la cuarta dosis de DTaP se aplicó a los 4 años de edad o más, y al menos 6 meses después de la tercera dosis, no se requiere la quinta dosis (de refuerzo) de la vacuna DTaP.
 - c. Los niños mayores de 7 años que no estén completamente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños deben recibir la vacuna Tdap como primera dosis de la serie de actualización; si se necesitan dosis adicionales, use la vacuna Td o Tdap. Si les aplicaron la primera dosis antes de su primer año de edad, deben aplicarse 4 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años de edad o más. Si les aplicaron la primera dosis a partir de su primer año de edad, deben aplicarse 3 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años o más.
3. Refuerzo de la vacuna con toxoides tetánico y diftérico y de la vacuna contra la tos ferina acelular (Tdap) para adolescentes. (Edad mínima para 6.º a 9.º grado: 10 años; edad mínima para 10.º a 12.º grado: 7 años).
 - a. Los estudiantes mayores de 11 años que ingresan a los grados de 6.º a 12.º deben recibir una dosis de Tdap.
 - b. Además del requisito para 6.º a 12.º grado, la vacuna Tdap también se puede aplicar como parte de la serie de vacunas de actualización para estudiantes mayores de 7 años que no estén totalmente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños, como se describió arriba. En el año escolar 2023-2024, solo las dosis de Tdap aplicadas a los 10 años o más cumplirán el requisito de Tdap para los estudiantes en los grados 6.º a 9.º; sin embargo, las dosis de Tdap aplicadas a los 7 años o más cumplirán el requisito para los estudiantes en los grados 10.º a 12.º.
 - c. Los estudiantes que tienen 10 años de edad en 6.º grado y que aún no recibieron la vacuna Tdap cumplen los requisitos hasta que tengan 11 años.
4. Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) o vacuna antipoliomielítica oral (OPV). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de IPV a los 2 meses, 4 meses y entre los 6 y 18 meses de edad, y a los 4 años de edad o más. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
 - b. Para los estudiantes que recibieron la cuarta dosis antes de su cuarto año de edad y antes del 7 de agosto de 2010, es suficiente aplicar 4 dosis con al menos 4 semanas de diferencia.
 - c. Si la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica se aplicó a los 4 años de edad o más y por lo menos 6 meses después de la dosis anterior, no se requerirá la cuarta dosis.
 - d. Para los niños con antecedentes de OPV, solo la OPV trivalente (tOPV) se tiene en cuenta para los requisitos de la vacuna antipoliomielítica en las escuelas del Estado de Nueva York. Las dosis de OPV aplicadas antes del 1 de abril de 2016 deben incluirse a menos que se indiquen específicamente como monovalentes, bivalentes o como aplicadas durante una campaña de vacunación contra el virus de la poliomielitis. Las dosis de OPV aplicadas a partir del 1 de abril de 2016 no deben incluirse.
5. Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR). (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna MMR debe haberse aplicado a partir del primer año de edad. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
- b. Sarampión: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
- c. Paperas: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
- d. Rubéola: Se necesita por lo menos una dosis para todos los grados (prekindergarten hasta 12.º grado).
6. Vacuna contra la hepatitis B
 - a. La primera dosis puede aplicarse al nacer o en cualquier momento después. La segunda dosis debe aplicarse al menos 4 semanas (28 días) después de la primera dosis. La tercera dosis debe aplicarse al menos 8 semanas después de la segunda dosis Y al menos 16 semanas después de la primera dosis, PERO no antes de las 24 semanas (cuando se apliquen 4 dosis, reemplazar “cuarta dosis” por “tercera dosis” en estos cálculos).
 - b. Dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) aplicadas con al menos 4 semanas de diferencia entre los 11 y 15 años cumplirán el requisito.
7. Vacuna contra la varicela. (Edad mínima: 12 meses)
 - a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela debe haberse aplicado a partir del primer año. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
 - b. Para los niños menores de 13 años, el intervalo mínimo recomendado entre dosis es de 3 meses (si la segunda dosis se aplicó por lo menos 4 semanas después de la primera dosis, se puede aceptar como válida); para los mayores de 13 años, el intervalo mínimo es de 4 semanas.
8. Vacuna antimeningocócica conjugada ACWY (MenACWY). (Edad mínima para 7.º a 10.º grado: 10 años; edad mínima para 11.º y 12.º grado: 6 semanas).
 - a. Se requiere una dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada (Menactra, Menveo o MenQuadfi) para los estudiantes que ingresan a los grados 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º.
 - b. Para los estudiantes del 12.º grado, si la primera dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada se aplicó a los 16 años o más, no se requiere la segunda dosis (de refuerzo).
 - c. La segunda dosis debe haberse aplicado a los 16 años o más. El intervalo mínimo entre dosis es de 8 semanas.
9. Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna Hib a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
 - b. Si se aplicaron 2 dosis de vacuna antes de los 12 meses de edad, solo se requieren 3 dosis si la tercera dosis se aplica entre los 12 y 15 meses de edad y al menos 8 semanas después de la segunda dosis.
 - c. Si la primera dosis se recibió entre los 12 y 14 meses de edad, solo se requieren 2 dosis si la segunda dosis se aplicó al menos 8 semanas después de la primera dosis.
 - d. Si se aplicó la primera dosis a los 15 meses de edad o más, solo se requiere 1 dosis.
 - e. No se requiere la vacuna Hib para niños mayores de 5 años.
 - f. [Para más información, consulte la Guía de actualización para niños sanos de 4 meses a 4 años de los CDC.](#)
10. Vacuna neumocócica conjugada (PCV). (Edad mínima: 6 semanas)
 - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna PCV a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
 - b. Los niños no vacunados de 7 a 11 meses de edad deben recibir 2 dosis, con al menos 4 semanas de diferencia, seguidas de una tercera dosis entre los 12 y los 15 meses de edad.
 - c. Los niños no vacunados de 12 a 23 meses de edad deben recibir 2 dosis de la vacuna con al menos 8 semanas de diferencia.
 - d. Si se recibió una dosis de la vacuna a los 24 meses de edad o más, no se requieren dosis adicionales.
 - e. La PCV no es obligatoria para los niños mayores de 5 años.
 - f. [Para más información, consulte la Guía de actualización para niños sanos de 4 meses a 4 años de los CDC.](#)

Para obtener más información, comuníquese con:

**New York State Department of Health
Bureau of Immunization
Room 649, Corning Tower ESP
Albany, NY 12237
(518) 473-4437**

**New York City Department of Health and Mental Hygiene
Program Support Unit, Bureau of Immunization,
42-09 28th Street, 5th floor
Long Island City, NY 11101
(347) 396-2433**

New York State Department of Health/Bureau of Immunization
health.ny.gov/immunization

Comsewogue Dental Health Certificate

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, pre-K, K, 1, 3, 7,9 & 11. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

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

Child's Name:			Last	First	Middle
Birth Date:	/	/	Sex: <input type="checkbox"/> Male		Will this be your child's first visit to a dentist? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Month	Day	Year	<input type="checkbox"/> Female		
School: Name					Grade
Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Parent's Signature _____					Date _____

Section 2. To be completed by the Dentist

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

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

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

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

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

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

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

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

Yes No **Untreated Caries** – Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].

Yes No **Dental Sealants Present**

Other problems (Specify): _____

III. Treatment Needs (check all that apply)

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

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

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