

Registro central de Comsewogue  
Melinda Ornstein | Registrar  
[mornstein@comsewogue.k12.ny.us](mailto:mornstein@comsewogue.k12.ny.us)  
Teléfono: 631-474-8225 | Fax: 631-474-3639

## ¡Bienvenido al Distrito Escolar de Comsewogue!

### Documentos necesarios para registrarse en UPK

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.
4. **Inmunizaciones según lo dispuesto 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 del registro.
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**

- a. 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**Cualguna

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.

**Envíe su paquete de registro a**

**Central Registration**

**290 Norwood Avenue**

**Port Jefferson Station, NY 11776**

**Correo electrónico: [upk@comsewogue.k12.ny.us](mailto:upk@comsewogue.k12.ny.us)**

**Fax: 631-474-8399**

**Si tiene alguna pregunta sobre el programa, llame al 631-474-8110.**

## 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 Hawai, 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 estatus 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, se identifica o se considera en la comunidad como perteneciente. 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.**

# Año escolar 2023-2024

## Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela<sup>1</sup>

**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
<b>Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)<sup>2</sup></b>	<b>4 dosis</b>	<b>5 dosis o 4 dosis</b> si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o <b>3 dosis</b> si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año	<b>3 dosis</b>	
<b>Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes<sup>3</sup></b>	<b>No corresponde</b>		<b>1 dosis</b>	
<b>Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)<sup>4</sup></b>	<b>3 dosis</b>	<b>4 dosis o 3 dosis</b> si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
<b>Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)<sup>5</sup></b>	<b>1 dosis</b>	<b>2 dosis</b>		
<b>Vacuna contra la hepatitis B<sup>6</sup></b>	<b>3 dosis</b>	<b>3 dosis o 2 dosis</b> 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		
<b>Vacuna contra la varicela<sup>7</sup></b>	<b>1 dosis</b>	<b>2 dosis</b>		
<b>Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)<sup>8</sup></b>	<b>No corresponde</b>		<b>7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado: 1 dosis</b>	<b>2 dosis o 1 dosis</b> si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
<b>Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)<sup>9</sup></b>	<b>1 a 4 dosis</b>	<b>No corresponde</b>		
<b>Vacuna neumocócica conjugada (PCV)<sup>10</sup></b>	<b>1 a 4 dosis</b>	<b>No corresponde</b>		

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

# 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 educación 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 \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre de LEA: **Distrito** Escolar de Brookhaven-Comsewogue  
Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Name de Estudiante \_\_\_\_\_

Último

Primero

MI Gender: \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Identificación del estudiante # \_\_\_\_\_ Address  
\_\_\_\_\_

**La respuesta que usted da a continuación puede ayudar al distrito a determinar qué servicios usted o su hijo pueden recibir bajo la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, incluso si no tienen los documentos que normalmente se necesitan. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte y otros servicios.**

¿Dónde vive actualmente el estudiante? Por favor, marque **uno**.

\_\_\_\_ En vivienda permanente (casa, apartamento, remolque

) \_\_\_\_ En un shelter

\_\_\_\_ Con otra familia debido a una pérdida de vivienda o como resultado de hardship \_\_\_\_  
económica

En un hotel / motel

\_\_\_\_ En un automóvil, estacionamiento, autobús, tren o campsite

\_\_\_\_ Otra situación de vida temporal (por favor describa) \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

**Si el estudiante NO vive en una vivienda permanente, asegúrese de completar un Formulario de Designación.**

\_\_\_\_\_  
**Print** nombre del padre, tutor (o  
estudiante si es un joven no acompañado)

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_



**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.*

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

HOME LANGUAGE CODE

<b>Conocimientos de idiomas</b> (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
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____ <i>especifique</i>	_____ <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

<b>THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:</b>	
<b>SCHOOL DISTRICT INFORMATION:</b>	<b>STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:</b>
District Name (Number) & School	Address

## Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

<b>Historial Educativo</b>	
<b>8.</b>	Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____
<b>9.</b>	<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><b>Sí*</b>   <b>No</b>   <b>No se sabe</b></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>
<b>10a.</b>	¿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.
<b>10b.</b>	<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>
<b>10c.</b>	¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<b>11.</b>	<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>
<b>12.</b>	¿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: \_\_\_\_\_

<b>OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ</b>	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
<b>NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW</b>	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
<b>**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b> _____ <small>MO.                      DAY                      YR.</small>	<b>OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b> <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
<b>NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL</b>	
NAME: _____	POSITION: _____
<b>DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:</b> _____ <small>MO.                      DAY                      YR.</small>	<b>PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:</b> <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"/>	
<b>Tiene cualquier familiares menores de 50 has:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>En caso afirmativo, por favor especifique:</b>
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"/> <b>Presión arterial alta</b>                  | <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 \_\_\_\_\_

# 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/m<sup>2</sup>

**Percentile (Weight Status Category):**  < 5<sup>th</sup>  5<sup>th</sup>- 49<sup>th</sup>  50<sup>th</sup>- 84<sup>th</sup>  85<sup>th</sup>- 94<sup>th</sup>  95<sup>th</sup>- 98<sup>th</sup>  99<sup>th</sup> and >

**Hyperlipidemia:**  Yes  Not Done      **Hypertension:**  Yes  Not Done

### PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

<b>Height:</b>	<b>Weight:</b>	<b>BP:</b>	<b>Pulse:</b>	<b>Respirations:</b>
<b>Laboratory Testing</b>	<b>Positive</b>	<b>Negative</b>	<b>Date</b>	<b>Lead Level</b> Required for PreK & K
TB-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 5$ $\mu\text{g/dL}$
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:	
<b>SCREENINGS</b>					
Vision & Hearing Screenings Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11					
<b>Vision Screening</b>	<b>With Correction</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Right</b>	<b>Left</b>	<b>Referral</b>	<b>Not Done</b>
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					
<b>Hearing Screening:</b> 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.					<b>Not Done</b>
Pure Tone Screening	<b>Right</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<b>Left</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<b>Referral</b> <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/>
Notes					
<b>Scoliosis Screening:</b> Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		<b>Negative</b>	<b>Positive</b>	<b>Referral</b>	<b>Not Done</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
<b>FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK</b>					
<input type="checkbox"/> <b>*Family cardiac history reviewed</b> – required for Dominick Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act					
<input type="checkbox"/> <b>Student may participate in all activities without restrictions.</b>					
<b>If Restrictions Apply</b> – Complete the information below					
<input type="checkbox"/> <b>Student is restricted from participation in:</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Contact Sports:</b> Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.					
<input type="checkbox"/> <b>Limited Contact Sports:</b> Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.					
<input type="checkbox"/> <b>Non-Contact Sports:</b> Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.					
<input type="checkbox"/> <b>Other Restrictions:</b>					
<b>Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required</b> for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level <b>OR</b> Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.					
<b>Tanner Stage:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V					
<input type="checkbox"/> <b>Other Accommodations*:</b> 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.					
<b>MEDICATIONS</b>					
<input type="checkbox"/> Order Form for medication(s) needed at school attached					
<b>COMMUNICABLE DISEASE</b>			<b>IMMUNIZATIONS</b>		
<input type="checkbox"/> Confirmed free of communicable disease during exam			<input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS		
<b>HEALTHCARE PROVIDER</b>					
Healthcare Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
<b>Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.</b>					

# 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

