

¡Bienvenido al Distrito Escolar de Comsewogue!

Documentos requeridos para inscribirse en una evaluación preescolar

1. **Copia del certificado de nacimiento del estudiante (preferido), pasaporte o certificado de bautismo**
2. **Paquete de registro cpSEEL 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**
Todos los nuevos participantes deben tener un examen de salud fechado dentro de un año de la primera reunión de CSE / CPSE de su hijo. Si su hijo no ha tenido un examen físico en el último año, los formularios se proporcionan en nuestro sitio web en la pestaña de registro central y también se proporcionan en la oficina central de registro.
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 (2) pruebas de residencia de parentes/tutor**
Registration 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 de la ciudad de Brookhaven
- 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.

Estudiantes con IEP existentes

Si su hijo en edad preescolar tiene un IEP de su distrito escolar anterior, proporcione el IEP en el momento de la inscripción. Si el IEP no está disponible para usted, se le pedirá que firme un formulario de Liberación de Información que permita al Distrito Escolar de Comsewogue obtener esta información de su distrito escolar anterior.

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

Distrito Escolar de Comsewogue Política de Etnicidad

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.

Hispanico: 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 estatus migratorio.

El Distrito Escolar de Comsewogue entiende la naturaleza sensible de esta información y desea asegurarse de 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.

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 _____

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.*

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
	<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

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>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>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:	

**PARENT REFERRAL TO THE
COMMITTEE ON SPECIAL EDUCATION (CPSE)
COMSEWOGUE UFSD
OFFICE OF PUPIL PERSONNEL SERVICES**

Fecha de referencia: _____

Nombre del estudiante _____

Dear CPSE Chairperson,

Por la presente remito a mi hijo al Comité de Educación Especial Preescolar debido a las siguientes preocupaciones:

_____.

Entiendo que recibiré más información sobre el consentimiento para la evaluación y la reunión de CPSE.

Nombre de Parent

Firma de Parent

Dirección:

Teléfono de casa # _____

Nombre del preescolar: _____ Telefono_____

Comsewogue School District
Office of Pupil Personnel Services
290 Norwood Avenue
Port Jefferson Station, NY
11776Teléfono (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 PERRTINENTE CON
RESPECTO A MI HIJO _____

**OFICINA DE
SERVICIOS DE PERSONAL ESTUDIANTILCOMSEWOGUE SCHOOL DISTRICT290
NORWOOD AVENUEPORT
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 ComsewogueOficina de Servicios de Personal Estudiantil

290 Norwood Avenue

Port Jefferson Station, NY
11776Teléfono (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 _____

Student ID _____ Home school _____

Referral/Authorization to Committee on Preschool Special Education (CPSE)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Padre/Tutor: _____

Telefono primario: _____

Jardin de infancia/guarderia días y horarios de asistencia: _____

¿Su hijo recibe actualmente servicios de intervención temprana?

_____ Si (por favor escriba servicios en información adicional) _____ No

Nombre del coordinador/designado de intervención temprana: _____

¿Ha recibido el estudiante servicios/evaluación antes de esta derivación?

_____ Si (please write what type in additional information) _____ No

Información adicional:

Lista de verificación de preocupaciones de los padres

por favor verifique si su hijo tiene antecedentes de:

- _____ Parece demasiado tranquilo / retirado
- _____ infecciones del oído/líquido en los oídos
- _____ responder preguntas de manera inapropiada
- _____ decir "qué" mucho
- _____ los malos hábitos alimenticios
- _____ tartamudeo
- _____ dificultad para apilar bloques
- _____ problemas de visión/ambliopía
- _____ ser torpe/torpe
- _____ mala adaptación a la escuela infantil
- _____ pariente consanguíneo con retraso/discapacidad
- _____ Estar muy inquieto, difícil sentarse o esperar
- _____ dificultad para completar una tarea/seguir instrucciones
- _____ quejas sobre ruidos demasiado fuertes
- _____ hablar fuerte/pérdida de audición
- _____ desarrollo tardío del habla/poco claro
- _____ dificultad para sostener crayones/marcadores
- _____ malos hábitos de sueño
- _____ dificultad con la interacción social
- _____ dificultad para tolerar el tacto, cortes de pelo o texturas
- _____ no prestar atención
- _____ otros medicos _____

OFFICE USE ONLY:

Agency: _____ Tentative CPSE Date/Time _____

Psychological	Social History	Physical/Medicaid			

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.					