

GEORGE M. DAVIS JR. ELEMENTARY SCHOOL  
80 ISELIN DRIVE  
NEW ROCHELLE, NEW YORK 10804

BRIAN OSBORNE, ED.D.  
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

MAGDA PARVEY, ED.D.  
ASSISTANT SUPERINTENDENT AND CHIEF ACADEMIC OFFICER

ANTHONY BAMBROLA  
PRINCIPAL

LAURIE MARINARO  
ASSISTANT PRINCIPAL

PHONE: 914-576-4421  
FAX: 914-576-4225

1ero de febrero de 2018

A las familias de alumnos que entraran al jardín de niños de Davis:

La inscripción para el jardín de niños de la escuela Davis se completará en el mes de marzo de 2018, del 6 al **29** de marzo. Las entrevistas y evaluaciones de los alumnos se llevarán a cabo durante estas fechas de registro en el mes de marzo.

A partir del **26 de febrero**, usted puede llamar a nuestra oficina al (914) 576-4421 para hacer una cita para la inscripción. Sólo es necesario que uno de los padres o tutores legales asista a esta sesión. Los niños tienen que venir a la cita de inscripción, ya que serán evaluados por el personal del jardín de niños, mientras que los padres se reunirán con nuestro personal clínico y de oficina.

Durante la inscripción inicial, el personal de la oficina recogerá los formularios de inscripción y las pruebas de domicilio. También, usted se reunirá con nuestra enfermera, la Sra. Nancy Pritz, y con nuestra trabajadora social, la Sra. Heather Cayanan. Todo el proceso debe tomar de 30 a 60 minutos.

*Con el fin de acelerar el proceso de inscripción y para ayudarnos a mantener nuestro horario, por favor complete todos los formularios de inscripción ANTES de llegar a su cita de inscripción. Estos formularios están disponibles, para ser descargados, en nuestra página de internet de la escuela - <http://davis.nred.org>.*

En el momento de la inscripción inicial, deberá presentar la siguiente documentación con el fin de determinar domicilio y elegibilidad:

- Certificado original de nacimiento de su hijo/a (o una copia certificada) o pasaporte
- Registro de inmunización de su hijo/a (vacunas)
- Tres (3) comprobantes de dirección (factura de servicios, recibo de teléfono, de agua, de impuestos, contrato de arrendamiento, etc.) que muestren su nombre y dirección actual
- Una identificación con fotografía del padre/tutor legal

A las copresidentas de Davis PTA, a los maestros del jardín de niños, y a mi nos complace invitar a su familia a asistir a la reunión de orientación el **miércoles 18 de abril** a las 9:30 a. m. con el fin de conocer acerca de nuestros programas en el jardín de niños y del proceso de inscripción en general. Nuestros maestros les proporcionaran una visión general de su trabajo, también les ofreceremos un recorrido de la escuela guiado por nuestros estudiantes.

Si sabe de otras familias que piensan unirse a Davis en el otoño de 2018, ¡Por favor recuérdelos que se comuniquen con nuestro personal de oficina para concertar su cita!

Por años la escuela Davis ha apreciado con orgullo a cada uno de nuestros alumnos y se ha esforzado por adaptar nuestra instrucción a las necesidades y capacidades individuales de cada niño/a. Nuestros maestros y el personal se preocupan profundamente por nuestra escuela y su trabajo. Esperamos con interés reunirnos en breve con otro grupo de entusiastas alumnos del jardín de niños, y esperamos dar la bienvenida a su familia a nuestra comunidad escolar.

Atentamente

*Anthony Bambrola*  
Director



GEORGE M. DAVIS JR. ELEMENTARY SCHOOL  
80 ISELIN DRIVE  
NEW ROCHELLE, NEW YORK 10804

**BRIAN OSBORNE, ED.D.**  
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

**ANTHONY BAMBROLA**  
PRINCIPAL

**MAGDA PARVEY, ED.D.**  
ASSISTANT SUPERINTENDENT AND CHIEF ACADEMIC OFFICER

**LAURIE MARINARO**  
ASSISTANT PRINCIPAL

PHONE: 914-576-4421  
FAX: 914-576-4225

Iero de febrero de 2018

A la familia de \_\_\_\_\_:

¡Bienvenidos a Davis! Gracias por concertar una cita de inscripción para su hijo/a.

Su cita de inscripción se ha programada para: \_\_\_\_\_

Por favor, complete todos los formularios adjuntos ANTES de su cita con el fin de ayudar a mantener un proceso eficiente y rápido cada día. También recuerde que en el momento de la inscripción, tendrá que presentar la siguiente documentación con el fin de determinar domicilio y elegibilidad:

- Certificado original de nacimiento de su hijo/a (o una copia certificada) o pasaporte
- Registro de inmunización de su hijo/a (vacunas)
- Tres (3) comprobantes de dirección (factura de servicios, recibo de teléfono, de agua, de impuestos, contrato de arrendamiento, etc.) que muestren su nombre y dirección actual
- Una identificación con fotografía del padre/tutor legal

Si surge una pregunta con respecto a su domicilio, el Distrito Escolar le pedirá que proporcione documentación adicional de su domicilio. Si después de proporcionar dicha prueba, la cuestión no se resuelve, el Distrito Escolar llevará a cabo una investigación formal de domicilio. El Distrito puede pedirle que proporcione más pruebas de domicilio, incluyendo el nombre y dirección de su empleador, y/o se le puede pedir que asista a una reunión. Durante esta reunión, un representante del Distrito le presentará las evidencias que hemos recopilado con respecto a su domicilio, y se le dará la oportunidad de responder.

Después de la reunión, el Distrito Escolar llegará a una conclusión en cuanto a su residencia actual. Si nuestra investigación revela que usted no reside en el distrito y que no ha cedido la custodia y la autoridad de su hijo/a a una persona que viva en New Rochelle, su hijo/a no podrá inscribirse en las escuelas de Nueva Rochelle.

Por favor, firme la parte baja de esta carta para confirmar que ha leído y entendido nuestros requisitos y procesos descritos en esta carta de domicilio, y para afirmar que sus hijos efectivamente residen en el Distrito Escolar de la Ciudad de New Rochelle.

Atentamente,

*Anthony Bambrola*

Anthony Bambrola  
Director

Nombre del alumno:	_____
Firma del Padre/Tutor legal:	_____
Fecha:	_____

**OFFICE USE ONLY:** B.C.  Res.  Meds/Imm.  Lang. Surv.  Transport.  M  F   
 ID# \_\_\_\_\_ Census # \_\_\_\_\_  
 Magnet: Y  N  District-wide Special Education: Y  N  Verified by: \_\_\_\_\_  
 ESL  REG.

**CITY SCHOOL DISTRICT OF NEW ROCHELLE**

Escuela \_\_\_\_\_

**Información de Registro**

*Solo podrán inscribirse en nuestro distrito escolar los estudiantes cuyos padres o tutores legales residen en New Rochelle. Los estudiantes asistirán a la escuela que corresponda a su área de residencia, excepto en el caso de los estudiantes que asistan a una Escuela "Magnet". Las pruebas de residencia deben proporcionarse de acuerdo con la política del Distrito. Si la persona que registra al estudiante no es el padre/madre, deberá presentar al momento de registrarlo: copia de la orden de la corte que lo nombra "Padre Adoptivo" o "Guardián/Tutor Legal" u "Orden de Custodia".*

**ESCRIBA CLARAMENTE Y CON LETRA IMPRENTA:**

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Masculino  Femenino   
(Circule uno)

Estudiante. Principal lenguaje \_\_\_\_\_

Fue a la escuela de su País?: \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, que grado(s) curso?: \_\_\_\_\_

Idioma que se habla en casa: \_\_\_\_\_

Grado que cursa el estudiante: \_\_\_\_\_ Ultimo grado que curso: \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la última escuela: \_\_\_\_\_

Teléfono (Persona que pueda dar información, si la hubiese): \_\_\_\_\_

El estudiante asistió a la escuela en New Rochelle? Cuando? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

Domicilio del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(Calle y numero) (Apto. #) (código postal)

Número de teléfono(s) particular(es): \_\_\_\_\_

Parent 1. Nombre: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(calle y numero) (Apto. #) (código postal)

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a):  Casado(a):  Separado(a):  Divorciado(a):  Viudo(a):

Parent 2. Nombre: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(calle y numero) (Apto. #) (código postal)

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a):  Casado(a):  Separado(a):  Divorciado(a):  Viudo(a):

**(Por favor continúe en la pág. 2)**

Nombre del Guardián/tutor/custodio: \_\_\_\_\_  
(si no es uno de los padres)

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_

**Escriba en la lista abajo los nombres COMPLETOS de todos los demás niños de la familia**

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Escuela a la que asisten</u>	<u>Grado</u>

Domicilio anterior: \_\_\_\_\_  
(Calle, numero) (Apto. #) (ciudad y país)

Teléfono anterior : \_\_\_\_\_

Su hijo tiene un plan espacial de enseñanza (I.E.P.) de Educación especial? Yes:  No:

**Por favor indique a que escuelas asistió su hijo(a) y cuando:**

<u>GRADO:</u>	<u>ESCUELA/LOCALIDAD</u>	<u>FECHAS DE ASISTENCIA</u>
Prescolar		
Kinder		
1er Grado		
2do Grado		
3er Grado		
4to Grado		
5to Grado		
6to Grado		
7mo Grado		
8vo Grado		
9no Grado		
10mo Grado		
11vo Grado		
12vo Grado		

**Su hijo(a) ha recibido alguno de estos servicios en la(s) escuela(s) en las que asistió?**

<u>SERVICIOS DE APOYO</u>	<u>MARQUE LO QUE CORRESPONDA</u>	<u>GRADO(S) EN LOS QUE SE RECIBIÓ/RECIBIERON ESOS SERVICIOS</u>
Inglés como Segundo idioma		
Clase bilingüe		
Ayuda/Lab. de lectura		
Aula de Recursos		
Terapia del lenguaje		
Terapia física u ocupacional		
Enseñanza Especial		
Grupo de consejería y socialización		
Repitó un grado		
Recomendación de repetir un grado		
Otros servicios (explique)		

Opcional - Por favor marque la casilla correspondiente:

**Parent 1**

**Parent 2**

_____	Indio Americano de EE.UU.	_____
_____	Asiático/de las islas del pacífico	_____
_____	Hispano	_____
_____	Afroamericano	_____
_____	Caucásico	_____

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Escriba claramente el nombre completo

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

Escriba Claramente el nombre del Padre/Madre/Guardián/Tutor/Custodio que llena este formato:

Firma del Padre/Madre/Guardián/Tutor/Custodio que llena este formato: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



CITY SCHOOL DISTRICT OF NEW ROCHELLE REGISTRATION FORM  
GEORGE M. DAVIS ELEMENTARY SCHOOL

**Información sobre la inscripción**

Sólo podrá inscribirse en nuestros distritos escolares los estudiantes cuyos padres o custodios legales residan en New Rochelle. Los estudiantes concurrirán a la escuela que corresponda a su área de residencia, salvo los que asistan a una escuela "Magnet". Las pruebas de residencia se suministrarán con arreglo a la práctica del distrito. Si la persona que inscribe al alumno no es padre o la madre, deberá presentar al momento de inscribirlo copia de la orden judicial que lo o la designe: padre adoptivo, "tutor legal" o una "orden de custodia".

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA:

Fecha \_\_\_\_\_

<b>Nombre del estudiante:</b> _____	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____	<b>sexo:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>Ciudad y país donde nació:</b> _____	<b>Identidad étnica / cultural (opcional):</b> _____	
<b>Si nació en el extranjero:</b> fecha de ingreso en los EE.UU. _____ idioma materno _____		
¿Fue a la escuela en su país?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿qué grado(s) curso? _____		
Idioma que se habla en casa: _____		

<b>Grado que cursa el estudiante:</b> _____	<b>Último grado que curso:</b> _____	<b>¿Cuándo?</b> _____	
<b>Nombre y dirección de la última escuela:</b> _____			
<b>Teléfono (Persona que pueda dar información, si la hubiese):</b> _____			
<b>El estudiante asistió a la escuela en New Rochelle?:</b> ¿Cuándo? _____ Dónde? _____			
<b>Domicilio de estudiante:</b> _____			
_____	_____	_____	_____
calle y no.	ciudad	estado	código postal
<b>No. (s) de teléfono particular(es):</b> _____			

<b>Nombre del padre:</b> _____	<b>Lugar de nacimiento:</b> _____		
<b>Domicilio del padre:</b> _____			
_____	_____	_____	_____
calle y no.	ciudad	estado	código postal
<b>Email:</b> _____			
<b>Teléfono casa:</b> _____	<b>el trabajo:</b> _____	<b>móvil:</b> _____	
<b>Profesión:</b> _____		<b>Empleador:</b> _____	
<b>Estado civil</b> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			

<b>Nombre de la madre (primer nombre y apellido de soltera):</b> _____			
<b>Lugar de nacimiento:</b> _____			
<b>Domicilio de la madre:</b> _____			
_____	_____	_____	_____
calle y no.	ciudad	estado	código postal
<b>Email:</b> _____			
<b>Teléfono casa:</b> _____	<b>el trabajo:</b> _____	<b>móvil:</b> _____	
<b>Profesión:</b> _____		<b>Empleador:</b> _____	
<b>Estado civil</b> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/>			

<b>Nombre del tutor o custodio (si no es uno de los padres):</b> _____			
<b>Domicilio:</b> _____			
_____	_____	_____	_____
calle y no.	ciudad	estado	código postal
<b>Parentesco con el estudiante:</b> _____			
<b>Email:</b> _____			
<b>Teléfono casa:</b> _____	<b>el trabajo:</b> _____	<b>móvil:</b> _____	
<b>Profesión:</b> _____		<b>Empleador:</b> _____	

CITY SCHOOL DISTRICT OF NEW ROCHELLE REGISTRATION FORM  
 GEORGE M. DAVIS ELEMENTARY SCHOOL

Indique más abajo los nombres COMPLETOS de todos los demás hijos

Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Escuela la que asiste	Grado

**Domicilio anterior del estudiante:** \_\_\_\_\_  
 calle y no. ciudad estado código postal

**Teléfono anterior del estudiante:** \_\_\_\_\_

¿Su hijo recibe un plan especial de enseñanza (I.E.P.) de Educación Especial? Sí  No

Indique a qué escuelas asistió su hijo cuando :

GRADO	ESCUELA/LOCALIDAD	FECHAS DE ASISTENCIA
Preescolar		
Jardín de infantes		
grado		
2 ° grado		
3 ° grado		
4 ° grado		
5 ° grado		
6 ° grado		
7 ° grado		
8° grado		
9 ° grado		
10 ° grado		
11 ° grado		
12 ° grado		

SERVICIOS	*	GRADO(S) EN QUE SE RECIBIERON ESOS SERVICIOS
Inglés como Segundo idioma	<input type="checkbox"/>	
Clase bilingüe	<input type="checkbox"/>	
Ayuda /lab. de lectura	<input type="checkbox"/>	
Aula de recursos	<input type="checkbox"/>	
Dicción / lenguaje	<input type="checkbox"/>	
Terapia física / ocupacional	<input type="checkbox"/>	
Enseñanza especial	<input type="checkbox"/>	
Grupo de ayuda y socialización	<input type="checkbox"/>	
Repito un grado	<input type="checkbox"/>	
Recomendación de repetir un grado	<input type="checkbox"/>	
Otros servicios (describir)	<input type="checkbox"/>	

Opcional-Marque lo que corresponda:		
Padre		Madre
<input type="checkbox"/>	Indígena de los EE.UU.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Asiático	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hispano or Latino	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Afroamericano	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Caucásico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

**\*MARQUE LO QUE CORRESPONDA**

(signa en la página 3)



CITY SCHOOL DISTRICT OF NEW ROCHELLE REGISTRATION FORM  
GEORGE M. DAVIS ELEMENTARY SCHOOL

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Relación con el estudiante:** \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Teléfono casa:** \_\_\_\_\_ **el trabajo:** \_\_\_\_\_ **móvil :** \_\_\_\_\_

**Otro adulto designado (Relación con el estudiante):** \_\_\_\_\_

**Teléfono casa:** \_\_\_\_\_ **el trabajo:** \_\_\_\_\_ **móvil :** \_\_\_\_\_

**PADRES : Es importante para usted para proporcionar a la escuela con sus números de teléfono actual para que usted pueda ser alcanzado en el CASO DE EMERGENCIA**

**FIRME EN PRESENCIA DEL PERSONAL DE LA ESCUELA EN LA REGISTRACION :**

\_\_\_\_\_  
**Imprimir Nombre del padre o tutor que llena el formulario**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor que llena el formulario**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**





Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner  
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594  
Brooklyn, New York 11217  
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB  
Albany, New York 12234  
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

### Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

*Estimados padres o tutores:  
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.*

**Por favor escriba con claridad al completar esta sección:**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **GÉNERO:**

Mes	Día	Año	<input type="checkbox"/> Masculino
			<input type="checkbox"/> Femenino

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL**

Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante
----------	---------------	----------------------------

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

#### Conocimientos de Idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <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"/> Madre _____ <i>especifique</i>	<input type="checkbox"/> Padre _____ <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 _____ <input type="checkbox"/> No sabe hablar <i>especifique</i>
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No sabe leer <i>especifique</i>
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No sabe escribir <i>especifique</i>

#### TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

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

### Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: \_\_\_\_\_

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.  
 Sí\*  No  No se sabe  \* En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales?  Poca gravedad  Algo grave  Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial?  No  Sí\* \* Por favor, llene 10b.

10b. \*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?  
 No  Sí - Explique, que forma o formas de educación especial recibió: \_\_\_\_\_

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):  
 De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana)  3 a 5 años (Educación Especial)  6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)?  No  Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?  
 (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

*Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante:  Madre  Padre  Otra: \_\_\_\_\_

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <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:	

**NEW ROCHELLE CITY SCHOOL DISTRICT**

Office of Transportation  
515 North Avenue, New Rochelle, NY 10801

AM BUS: _____	TIME: _____	AM STOP: _____
PM BUS: _____	TIME: _____	PM STOP: _____
BUS COMPANY: _____	START DATE: _____	

Parent:/Guardian: Complete one application for each student being registered. The transportation office staff will identify and notify students by mail at the end of August those who meet the 1.5 mileage requirement necessary to receive bussing.

~~PLEASE PRINT OR TYPE YOUR HOME PHONE NUMBER, CELL PHONE NUMBER, AND SCHOOL ATTENDING FROM IMMEDIATELY~~

## 2018-2019 Transportation Application New Rochelle Public Elementary Schools

1. New Student: \_\_\_\_\_ 2. Address Change: \_\_\_\_\_ 3. School Change: \_\_\_\_\_

4. Magnet \_\_\_\_\_ CILA \_\_\_\_\_ Kaleidoscope \_\_\_\_\_ Previous School \_\_\_\_\_  
(circle one)

School: \_\_\_\_\_ Grade (circle one): PA PP K 01 02 03 04 05

Student ID#: (REQUIRED) \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

### STUDENT DATA INFORMATION

Student Name: \_\_\_\_\_  
LAST Name FIRST Name Middle

Student Home Address:

Street: \_\_\_\_\_ Apt No.: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

### Parent OR Legal/Custodial Guardian Information

Title: (circle) Dr. Mr. Mrs. Ms. Mr. & Mrs. (print) Other \_\_\_\_\_

Mother \_\_\_\_\_ Father \_\_\_\_\_  
Last name First name Last name First name

Primary Phone# \_\_\_\_\_ Mother Cell# \_\_\_\_\_ Father Cell# \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Signature of Mother or Father or Legal/Custodial Guardian \_\_\_\_\_ Relationship to Student: \_\_\_\_\_  
(mother, father, other)

### Emergency Contact (other than parent or legal/custodial guardian)

Mother \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_





Please Print

ID:

<i>Student's Name / Nombre del estudiante</i>	<i>Date of Birth/ fecha de nacimiento</i>	<i>Teacher/ Maestro(a)</i>
<i>Home Address / dirección</i>	<i>City / ciudad</i>	<i>State / estado</i> <i>Zip / código de zip</i>

**Emergency Early Dismissal / Despido de Emergencia**

In the event of an early dismissal due to an emergency (weather, etc.), please indicate how you child should go home.

En caso de que las escuelas despachen los estudiantes temprano debido a una emergencia (clima, etc.), favor de indicar cómo niño(a) debe irse a su casa.

**Please check ALL boxes that apply:**

- Contact by phone any of the adults listed below in case of emergency / En caso de emergencia contacte a cualquier adulto nombrado en este documento abajo.
- My child who normally walks has my permission to walk home. / Mi niño(a) que usualmente camina puede caminar a casa.
- My child who normally is bused has my permission to be bused home. / Mi niño(a) que usualmente toma el autobús puede ir en autobús.
- My child may be dismissed to any one of the adults listed below. / Mi niño(a) puede ser recogido (a) por uno de los adultos nombrado abajo.
- My child **may not be dismissed** to anyone. / Mi niño (a) puede **NO DEBE** ser despachado con nadie.

All students dismissed to an adult must be met and signed out at the Principal's Office.

Todo estudiante despachado a un adulto se debe presentar al personal de la escuela y tiene que firmar para recoger el estudiante en la oficina del director de la escuela.

	<i>Name / Nombre</i>	<i>Telephone / Teléfono</i>		
		<i>Home / Casa</i>	<i>Work / Trabajo</i>	<i>Mobile / Móvil</i>
<b>Parent/Guardian #1 Padre/Tutor</b>				
<b>Parent/Guardian #2 Madre/Tutor</b>				
<b>Adult #1 / Adulto #1</b>				
<b>Adult #2 / Adulto #2</b>				

**Emergency Contacts / Información de emergencia**

Two people we can notify in an emergency, if you are not available. Please list a neighbor or relative who lives nearby and who is generally at home.

Dos personas que se pueda llamar por alguna emergencia y que estén en casa.

<b>1</b>	<i>Name / Nombre</i>	<i>Telephone / Teléfono</i>	<i>Home:</i>
	<i>Address / dirección</i>		<i>Cell:</i>
<b>2</b>	<i>Name / Nombre</i>	<i>Telephone / Teléfono</i>	<i>Home:</i>
	<i>Address / dirección</i>		<i>Cell:</i>
<i>Doctor's Name / Nombre del Doctor</i>		<i>Telephone / Teléfono</i>	<i>Home:</i>
<i>Address / dirección</i>			

**ATTENDANCE NOTIFICATION / NOTIFICACION DE ASISTENCIA**

The School District routinely announces school related information by telephone, and also notifies parents of student absences. Please provide your preferred contact information to receive absence notices. / El Distrito Escolar anuncia habitualmente por teléfono información relacionada a las escuelas, incluyendo información sobre falta de asistencia a clases. Le pedimos proporcione el modo en el que desea ser informado sobre las faltas de asistencia.

School Related Calls:

<i>Home / Casa</i>	<i>Work / Trabajo</i>	<i>Mobile / Móvil</i>	<i>Text 9 Digits / Texto</i>	<i>eMail</i>

**Regular Dismissal / Despido Normales**

At Regular Dismissal my child will / Al Despido Regular mi niño(a)

<input type="checkbox"/> <b>Walk home alone / Caminar solo en casa</b>	<input type="checkbox"/> <b>Be picked-up / Va a ser recogido</b>
<b>Persons Authorized to pick-up my child / Personas autorizadas para recoger a mi niño(a)</b>	
1.	2.
3.	4.





*NYSED requires an annual physical exam for new entrants, students in Grades K, 2, 4, 7 and 10, sports, working permits and Annual & Program Reviews and Reevaluations for the Committee on Special Education (CSE)*

**\*\*\*PARENTS! PLEASE SIGN AND DATE BOTH SIDES OF THIS FORM**

**City School District of New Rochelle - Health Services Department**  
**HEALTH APPRAISAL FORM**      **Date of Exam:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Gender:  M  F

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

**IMMUNIZATIONS / HEALTH HISTORY**

- Immunization record attached      Sickle Cell Screen:  Positive  Negative  Not done Date: \_\_\_\_\_  
 No immunizations given today      PPD: \_\_\_\_\_ Please complete screening on reverse side of form  
 Immunizations given since last Health Appraisal: (include dates)      Elevated Lead:  Yes  No  Not done Date: \_\_\_\_\_  
 Dental Referral  Yes  No  Not done Date: \_\_\_\_\_

Significant Medical/Surgical History:  See attached \_\_\_\_\_

Specify current diseases:       Asthma      Diabetes:  Type 1  Type 2       Hyperlipidemia       Hypertension  
 Other: \_\_\_\_\_

Allergies:  LIFE THREATENING       Food: \_\_\_\_\_       Insect: \_\_\_\_\_       Other: \_\_\_\_\_  
 Seasonal       Medication: \_\_\_\_\_

**PHYSICAL EXAM**

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Blood Pressure: \_\_\_\_\_ Date of Exam: \_\_\_\_\_

Body Mass Index: _____ (Required by NYS) Weight Status Category (BMI Percentile): <input type="checkbox"/> less than 5 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>th</sup> through 49 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 50 <sup>th</sup> through 84 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 85 <sup>th</sup> through 94 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 95 <sup>th</sup> through 98 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 99 <sup>th</sup> and higher	Vision - without glasses/contact lenses	R	L	<i>Referral</i>
	Vision - with glasses/contact lenses	R	L	
	Vision - Near Point	R	L	
	Hearing <input type="checkbox"/> Pass 20 db sc both ears or:	R	L	

**EXAM ENTIRELY NORMAL**      Tanner: I. II. III. IV. V.      Scoliosis:  Negative  Positive: \_\_\_\_\_  
 For Girls: Age of onset of menses: \_\_\_\_\_ LMP: \_\_\_\_\_  
 Specify any abnormality (use separate paper if needed): \_\_\_\_\_

**PHYSICAL EDUCATION / SPORTS / PLAYGROUND / WORK QUALIFICATION / CSE CONSIDERATION**

- Free from contagions & physically qualified for all physical education, sports, playground, work & school activities OR only as checked:  
 \_\_\_ Limited contact: cheerlead, gymnastics, ski, volleyball, cross-country, handball, fence, baseball, floor hockey, softball.  
 \_\_\_ Non-contact: badminton, bowl, golf, swim, table tennis, tennis, archery, riflery, weight train, crew, dance, track, run, walk, rope jump.  
 Specify medical accommodations needed for school: \_\_\_\_\_  None  
 Known or suspected disability: \_\_\_\_\_  Please monitor  
 Restrictions: \_\_\_\_\_  Please monitor  
 Protective equipment required:  Athletic-Cup  Sport goggles/impact resistant eyewear  Other: \_\_\_\_\_

**SPORTS CLEARANCE:** By signing and submitting this form, the parent and physician attest that they have fully disclosed all of this student's health history, conditions, medications and relevant family history (e.g., early cardiac death.) Parent and physician assume liability for non-disclosures of such information. The School District Physician has final authority to medically clear students for interscholastic sports participation. Parental signature authorizes School Health personnel to communicate with your child's physician regarding medical clearance for sports.

Provider's Signature: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Provider's Name/Address: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\*\*\*Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

H-1 HEALTH APPRAISAL FORM (Revised 2/08)

*This exam complies with NYSED requirements above and is valid for twelve months, with the exception of any illness or injury lasting more than five days that will require review by private healthcare provider and the school medical director.*

**\*\*\*PARENTS! PLEASE SIGN AND DATE BOTH SIDES OF THIS FORM**

**TUBERCULOSIS TESTING / SCREENING – EITHER A OR B MUST BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN**

**A. PPD (Mantoux):**

1. Date placed \_\_\_\_\_ Date read \_\_\_\_\_ Result in mm \_\_\_\_\_

2. If PPD is Positive: CXR: \_\_\_\_\_ Date of exam: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Result: \_\_\_\_\_

Treatment: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B. Tuberculin screening not indicated \_\_\_\_\_ (MD must initial)**

**PRESCRIPTION MEDICATIONS**

Medications (list all):  None

Medication: \_\_\_\_\_ Dosage/Time: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ Dosage/Time: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ Dosage/Time: \_\_\_\_\_

If AM dose is missed at home: \_\_\_\_\_

I assess this student to be self-directed  Yes  No

\*Student may self carry and self administer medication  Yes  No

Note: Nurse will also assess self-direction for the school setting. \*Students are not permitted to carry or self-administer USDEA controlled drugs. Please advise parent to send in additional medication in the event that emergency sheltering is necessary at school or if the morning medication has not been given.

**PERMISSION TO RECEIVE PRESCRIPTION AND OVER THE COUNTER (OTC MEDICATION)**

**Health Care Provider and Parent signatures required**

**Parents must provide all medications.**

<input type="checkbox"/> Tylenol (pain, fever)	Dose _____	Freq. _____	Route _____
<input type="checkbox"/> Ibuprofen (Advil, Motrin) (pain, fever)	Dose _____	Freq. _____	Route _____
<input type="checkbox"/> Benadryl (Allergic reaction/Allergy)	Dose _____	Freq. _____	Route _____
<input type="checkbox"/> Antacid (Maalox, Tums) (abdominal discomfort)	Dose _____	Freq. _____	Route _____
<input type="checkbox"/> Cough Drops/Throat Lozenges (sore throat)	Dose _____	Freq. _____	Route _____
<input type="checkbox"/> Antibiotic Ointment (skin lesions)	Dose _____	Freq. _____	Route _____

**SIGNATURES ARE REQUIRED IN ORDER FOR SCHOOL NURSE TO DISPENSE PRESCRIPTION AND OTC MEDICATION**

(Stamp below)

Provider's Signature: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Provider's Name/Address: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\*\*\*Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Parental signature authorizes School Health personnel to communicate with your child's physician regarding prescription and OTC medication.**

**SERVICIOS de SALUD  
DISTRITO ESCOLAR DE NEW ROCHELLE**

Unidad de Niños-Herfman, Director de Medicina

**Antecedentes clínicos escolares para niños y adolescentes**

Fecha en la que se completó el formulario: \_\_\_\_\_ Padres Completado Entrevista en persona Entrevista telefónica  
Escuela: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_

**Información general:**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de nacim.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: (Madre) \_\_\_\_\_ Teléfono comercial (Madre): \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: (Padre) \_\_\_\_\_ Teléfono comercial (Padre) \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Nombres de los hermanos y hermanas:**

1. \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de nacim: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de nacim: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de nacim: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de nacim: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Los padres están: Casados Divorciados Separados Casados por segunda vez Solteros  
Persona a cargo del niño después de la escuela: \_\_\_\_\_

**Antecedentes del nacimiento:**

Peso al nacer: \_\_\_ lbs. \_\_\_ onzas. Semanas de gestación: \_\_\_ Nacido en el hospital: \_\_\_\_\_

Embarazo: Normal Complicaciones: \_\_\_\_\_

Tipo de parto: Parto vaginal espontáneo Césarea Presentación pelviana Fórceps Otro

Motivo: \_\_\_\_\_

Problemas durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Problemas durante el parto: \_\_\_\_\_

Problemas después del parto: \_\_\_\_\_

(Si el bebé recibió atención en la unidad de cuidados intensivos neonatológicos, describir los detalles en una hoja aparte)

**Antecedentes del desarrollo:**

¿A qué edad el niño...

logró rodar sobre sí mismo? \_\_\_\_\_ meses

se sentó sin ayuda? \_\_\_\_\_ meses

gateó? \_\_\_\_\_ meses

caminó solo? \_\_\_\_\_

habló (dijo frases)? \_\_\_\_\_

aprendió a pedir cuando tenía ganas de orinar? \_\_\_\_\_

aprendió a pedir cuando tenía ganas de mover el vientre? \_\_\_\_\_

Describir el niño durante la infancia/ el primer y tercer año de vida \_\_\_\_\_

¿Cómo su hijo se adaptó a Pre K / Cuidado de niños \_\_\_\_\_

**Antecedentes clínicos anteriores:**

¿Es alérgico a algún alimento o medicamento?  Sí  No Nombre del alérgeno: \_\_\_\_\_

Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Tiene todas las vacunas necesarias? Si no es así, por favor describa: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma (incluya el nombre, la dosis y la frecuencia):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Mencione las hospitalizaciones, los accidentes o las fracturas (detalle todos los ingresos a la unidad de cuidados intensivos)**

Fecha	Edad del niño	Nombre del hospital	Motivo de la hospitalización
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Enfermedades graves o severas**

Fecha	Edad del niño	Enfermedad	Médico	Tratamiento
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Cirugías:**

Fecha	Edad del niño	Médico	Procedimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Anamnesis sistemática:**

Indique cuáles de estas afecciones o problemas ha tenido el niño. Informe los detalles y las fechas de los problemas que marque:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de la piel              | <input type="checkbox"/> Otro problema pulmonar               | <input type="checkbox"/> Problemas en los huesos y ortopédicos          |
| <input type="checkbox"/> Problemas oculares o de la visión | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                       | <input type="checkbox"/> Convulsiones                                   |
| <input type="checkbox"/> Usa gafas                         | <input type="checkbox"/> Otros problemas cardíacos            | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente                      |
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes en el oído | <input type="checkbox"/> Ictericia                            | <input type="checkbox"/> Erupciones cutáneas                            |
| <input type="checkbox"/> Dificultades auditivas            | <input type="checkbox"/> Dolor de estómago frecuente          | <input type="checkbox"/> Reacciones a las picaduras de insectos         |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales frecuentes    | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente                    | <input type="checkbox"/> Anemia   |
| <input type="checkbox"/> Alergias nasales                  | <input type="checkbox"/> Estreñimiento frecuente              | <input type="checkbox"/> Problemas del habla                            |
| <input type="checkbox"/> Problemas con sinusitis           | <input type="checkbox"/> Heces negras o alquitranadas         | <input type="checkbox"/> Aumento de los niveles de plomo                |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta frecuente       | <input type="checkbox"/> Infección en los riñones o la vejiga | <input type="checkbox"/> Preocupaciones actuales de la salud tales como |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la tiroides         | <input type="checkbox"/> Orina frecuente o dolorosa           |   |
| <input type="checkbox"/> Neumonía                          | <input type="checkbox"/> Moja la cama                         |   |
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Dolores articulares                  |   |

Niñas: Información sobre el ciclo menstrual Comenzaron: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Calambres:  Sí  No Irritabilidad:  Sí  No

Otro: Nota ningún detalle importante

**Comportamiento Historia - evaluar diagnosticar Tratamiento para**

- |                          |   |           |   |
|--------------------------|---|-----------|---|
| 1. ADHD                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Deprimido | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. Trastorno de Ansiedad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | OCD       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. síndrome de Tourette  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Otro:     | _____   |

Detalles: Incluye hospitalizaciones psiquiátricas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Pediatra/Médico familiar/Enfermero practicante  
 Psiquiatra/ Psicólogo

\_\_\_\_\_  
 Teléfono

\_\_\_\_\_  
 Dirección

\_\_\_\_\_  
 Especialista 1: [indique la especialidad]

\_\_\_\_\_  
 Teléfono

\_\_\_\_\_  
 Dirección

\_\_\_\_\_  
 Especialista 2: [indique la especialidad]

\_\_\_\_\_  
 Teléfono

\_\_\_\_\_  
 Dirección

**Antecedentes familiares:**

País de nacimiento del padre: \_\_\_\_\_

País de nacimiento de la madre: \_\_\_\_\_

Ocupación del padre: \_\_\_\_\_

Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

Nivel de educación del padre: \_\_\_\_\_

Nivel de educación de la madre \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene algún familiar (padre, madre, hermano, hermana, lado paterno or lado materno) con alguna de las siguientes enfermedades? (marque con seña)

- [ ] Deformación de nacimiento \_\_\_\_\_
- [ ] Retraso mental \_\_\_\_\_
- [ ] Convulsiones, epilepsia \_\_\_\_\_
- [ ] Trastorno mental \_\_\_\_\_
- [ ] Enfermedad congénita o familia \_\_\_\_\_
- [ ] Muerte durante la niftez \_\_\_\_\_
- [ ] Problemas oculares \_\_\_\_\_
- [ ] Problemas auditivos \_\_\_\_\_
- [ ] Asma \_\_\_\_\_
- [ ] Rinitis alérgica \_\_\_\_\_
- [ ] Alergias \_\_\_\_\_
- [ ] Anemia grave \_\_\_\_\_
- [ ] Anemia falciforme \_\_\_\_\_
- [ ] Tendencia a las hemorragias \_\_\_\_\_

- [ ] Tuberculosis \_\_\_\_\_
- [ ] Diabetes \_\_\_\_\_
- [ ] Ataque cardíaco (antes de los 50 años) \_\_\_\_\_
- [ ] Cáncer \_\_\_\_\_
- [ ] Hipertensión \_\_\_\_\_
- [ ] Problemas renales \_\_\_\_\_
- [ ] Obesidad \_\_\_\_\_
- [ ] Trastornos de la tiroides \_\_\_\_\_
- [ ] ADD/ADHD \_\_\_\_\_
- [ ] Problemas de lenguaje \_\_\_\_\_
- [ ] Retraso en el desarrollo \_\_\_\_\_
- [ ] Discapacidad de aprendizaje \_\_\_\_\_
- [ ] Autismo \_\_\_\_\_
- [...] Otro: \_\_\_\_\_

Describe las enfermedades que haya marcado: \_\_\_\_\_

**Historia de la educación**

Escuela anterior: \_\_\_\_\_ Ubicación \_\_\_\_\_ Número de años en la escuela \_\_\_\_\_

¿Su niño ha asistido a la escuela en New Rochelle  Sí  No

Lista las escuelas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene un IEP?  Sí  No      ¿Su hijo tiene un 504?  Sí  No

¿Su niño recibe servicios de la escuela?  Sí  No

Describir el tipo de servicio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes sociales:**

Situación de vivienda:       Casa propia       Casa alquilada  
    Apartamento propio       Apartamento alquilado

¿Quién vive en la casa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El niño tiene:    su propia habitación  Sí  No    Su propia cama  Sí  No

¿Tienen mascotas en la casa?  Sí  No    Si la respuesta es sí, indique cuál: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de enfermería de la escuela      Fecha

