



## Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

**Alba Illescas**  
Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
**Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113**  
**Email: aillescas@peekskillschools.org**

### Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante Página 1 de 17

Student ID# \_\_\_\_\_

#### **Datos de Inscripción del Estudiante** **Escriba con Letra Clara**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Ciudad/Estado/País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada a USA: \_\_\_\_\_ Años en USA: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto/Piso: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Apto/Piso: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa/ Celular: \_\_\_\_\_

#### **Origen Etnico**

1. ¿Es el estudiante de origen Hispano/Latino? *Persona de origen o cultura Mejicana, Puertorriqueña, Cubana, Centro o Suramericana, o de otra cultura Hispana.*  Sí  No

2. Para *si*, marca el grupo apropiado abajo.

3. Para *otros* estudiantes, por favor de elegir uno:

Indio Americano o Nativo de Alaska

*Persona con origen en los habitantes de Norteamérica y que conserva identidad cultural a través de afiliación de tribu o por reconocimiento comunitario.*

Negro

*Persona con origen en cualquier grupo de raza Negra del África.*

Asiático

*Persona con origen en los primeros habitantes del Lejano Oriente, Sureste de Asia, las Islas Pacíficas o el Subcontinente Indio.*

Blanco

*Persona con origen en los primeros habitantes de Europa, África del Norte y el Medio Oriente.*

Nativo de Hawái o de las Islas Pacíficas

*Persona con origen en alguno de los primeros habitantes de Hawái Guam, Samoa o alguna otra Isla del Pacífico.*

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

**Alba Illescas**  
Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
**Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113**  
**Email: aillescas@peekskillschools.org**

### Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante Página 2 de 17

Student ID# \_\_\_\_\_

#### **El Estudiante Vive Con: Por Favor Marcar una Casilla**

- Ambos Padres       Madre sólo       Padre sólo       Madre/Padrastra  
 Padre/Madrastra       Familiares \_\_\_\_\_       Otro \_\_\_\_\_

Advertencia: Cuando el estudiante no reside con ambos padres, la escuela necesita información adicional para determinar quién es el encargado del estudiante. En estos casos, hará falta presentar documentos legales (orden de custodia). En situaciones de emergencia, la escuela le proveerá un formulario para ser rellenado por el padre/madre o guardián.

#### **Información de los Padres/Guardián**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_ Guardián Legal  Sí  No

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Información Adicional: \_\_\_\_\_

#### **Información de los Padres/Guardián**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_ Guardián Legal  Sí  No

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Información Adicional: \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_







# Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

**Alba Illescas**  
Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113  
Email: aillescas@peekskillschools.org

## Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante Página 5 de 17

STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234  
Office of P-12



Lissette 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.

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>		
Nombre Segundo nombre Apellido		
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>GÉNERO:</b>
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
<b>INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL</b>		
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	_____	<input type="checkbox"/> Padre _____
		<i>especifique</i>	<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:

District Name (Number) & School

Address

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

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





**Peekskill City School District**  
 Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

**Alba Illescas**  
 Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
**Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113**  
**Email: aillescas@peekskillschools.org**

## Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante

### Página 6 de 17

#### 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* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, por favor explique : _____
	¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave
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.	*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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): <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)
10c.	¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (“IEP” por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11.	¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.) _____ _____
12.	¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
 Relación con el estudiante:  Madre  Padre  Otra: \_\_\_\_\_ Date

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: _____	

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

**Alba Illescas**  
Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
**Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113**  
**Email: aillescas@peekskillschools.org**

### Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante

#### Página 7 de 17

Student ID# \_\_\_\_\_

#### **Evaluación de Idioma**

¿Cuál fue el primer idioma que el estudiante aprendió a hablar?

Inglés     Español     Árabe     Otro – por favor especifique \_\_\_\_\_

¿Contestó a la respuesta anterior con un idioma DISTINTO del Inglés?     Sí     No

¿Los padres/guardianes utilizan regularmente un idioma DISTINTO del Inglés?     Sí     No

Si contestó Sí, especifique-  Inglés     Español     Árabe     Otro – por favor especifique \_\_\_\_\_

El estudiante habla:

Nada de Inglés     Un poco de Inglés     Otro Idioma y el Inglés por Igual     Sobre todo Inglés o Sólo Inglés

#### **Información de los Servicios Especiales**

¿Está recibiendo su hijo servicios de educación especial?     Sí     No

¿Tiene su hijo actualmente un Plan 504?     Sí     No

Si contestó sí, por favor indique si está relacionado con:     Los Estudios     La Salud

¿Estaba su hijo en algún programa de niños Dotados o Talentosos?  Sí     No De ser Sí, indique cual \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su niño alguna vez Apoyo Académico, individual o en grupo?     Sí     No

¿Recibe su niño algún otro servicio (Refuerzo en Lectura, etc.)?     Sí     No

Si contestó sí, por favor indique \_\_\_\_\_

¿Participa su niño en algún deporte?     Sí     No Si contestó sí, por favor indique \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño alguna alerta médica?     Sí     No Si contestó sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

**Alba Illescas**  
Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
**Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113**  
**Email: aillescas@peekskillschools.org**

### Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante

#### Página 8 de 17

Student ID# \_\_\_\_\_

#### **Información de la Escuela Anterior**

Última Escuela donde Asistió: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

¿Ha asistido alguna vez el niño a una escuela en USA durante 3 años?  Sí  No

Escuelas Anteriores donde Asistió (Incluso Preescolar y Guardería):

Nombre de la Escuela	Dirección	Grado	Fechas

Fecha en que comenzó el grado 9: \_\_\_\_\_  
Mes Año

Escriba cuándo fue la **primera vez** que el estudiante estuvo matriculado en **cualquier escuela en USA** (Incluso el Preescolar y Jardín Infantil):

\_\_\_\_\_

Mes Año Grado (Preescolar – 12)

Escriba cuándo fue la vez **más reciente** que el estudiante estuvo matriculado en **cualquier escuela en USA** (Incluso el Preescolar y Jardín Infantil):

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_







## Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

**Alba Illescas**  
Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
**Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113**  
**Email: aillescas@peekskillschools.org**

### Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante

#### Página 10 de 17

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_  
Student ID# \_\_\_\_\_ Este formulario se le dará a la Enfermera después de la matrícula.

#### **Doctor**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de la Última Visita: \_\_\_\_\_ Nombre del Dentista \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia, el estudiante será llevado al hospital más cercano y/o si el hospital preferido por los padres no pueda admitir al estudiante, el Personal de Emergencia seleccionará otro hospital.

En caso de no poder contactar con el padre o el guardián legal y de requerir cuidado médico urgente, la escuela llamará al 911. Sin embargo, el Distrito Escolar de Peekskill no se hará responsable económicamente, en ningún caso, de la asistencia médica.

Problemas de Salud \_\_\_\_\_

Los Padres/Guardianes son responsables de informar a la enfermera de cualquier padecimiento médico

¿Complicaciones durante el embarazo o parto? (medicamento durante el embarazo, etc.)  Sí  No

¿Se llevó a término su embarazo (9 meses)?  Sí  No Peso al nacer: \_\_\_\_\_lbs. \_\_\_\_\_oz.

¿Usa su niño lentes?  Sí  No ¿Usa su niño lentillas de contacto?  Sí  No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre del doctor: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño que ver alguna vez a un psicólogo, siquiatra o trabajador social?  Sí  No

Si la respuesta es sí, explique:

---

---

---

---

---

Tenemos autorización para contactar a su doctor, en caso de ser necesario  Sí  No

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

**Alba Illescas**  
Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
**Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113**  
**Email: aillescas@peekskillschools.org**

### Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante Página 11 de 17

Student ID# \_\_\_\_\_ Este formulario se le dará a la Enfermera después de la matrícula.

#### Alertas Médicas (Asma, Alergias, etc.)

Alerta Médica 1: \_\_\_\_\_

Alerta Médica 2: \_\_\_\_\_

#### Información

¿Está el niño tomando algún medicamento con regularidad?  Sí  No

Si la respuesta es sí, indique el tipo de medicamento: \_\_\_\_\_

¿Padece su hijo alergia a algún medicamento?  Sí  No

Si la respuesta es sí, indique el tipo de medicamento: \_\_\_\_\_

Describe la reacción alérgica: \_\_\_\_\_

*El Formulario de Autorización para Dar Medicamentos al estudiante está disponible en la oficina de la escuela. Este formulario debe ser rellenado si el estudiante necesita tomar medicamentos durante el día escolar.*

#### Medicamentos que Toma Actualmente

Nombre	Frecuencia	A qué Hora	Doctor	Motivo

#### Información de las Vacunas

*La escuela tiene que tener la información de las vacunas del niño antes de que pueda comenzar las clases. En caso de **NO***

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

**Alba Illescas**  
Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
**Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113**  
**Email: aillescas@peekskillschools.org**

### Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante Página 12 de 17

presentar toda la información de las vacunas, el estudiante **DEBE** ver a la enfermera de la escuela para así completar la matrícula.

Student ID# \_\_\_\_\_ Este formulario se le dará a la Enfermera después de la matrícula.

#### Cuestionario De Salud

INDIQUE SI SU HIJO(A) HA PADECIDO ALGUNA VEZ DE:

Si	No		Si	No	
___	___	Heridas en la cabeza	___	___	Presión alta
___	___	Perdida de conocimiento	___	___	Diabetes
___	___	Dolores de cabeza	___	___	Dolores de estomago
___	___	Convulsiones	___	___	Estreñimiento / diarrea
___	___	Desorden de déficit de atención	___	___	Restricciones en la dieta
___	___	Problemas de la vista	___	___	Se orina en la cama
___	___	Anemia	___	___	Dolores severos de periodo
___	___	Sangra por la nariz	___	___	Enfermedad de movimiento
___	___	Infecciones crónicas del oído (Mas de 2 años)	___	___	Alergias en la piel
___	___	Dificultad para oír	___	___	Enfermedad de Lyme
___	___	Dolores de garganta frecuentes	___	___	Envenenamiento de plomo
___	___	Asma / Sibilancias	___	___	Varicela o (Fecha de vacuna____)
___	___		___	___	Anemia falciforme

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

**Alba Illescas**  
Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
**Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113**  
**Email: aillescas@peekskillschools.org**

### Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante Página 13 de 17

\_\_\_\_ Problemas de Corazon / Murmullos \_\_\_\_ Problemas de peso  
Student ID# \_\_\_\_\_ Este formulario se le dará a la Enfermera después de la matrícula.

#### Formulario de Consentimiento Informado

#### **Suministro de Yoduro de Potasio Durante el Horario Académico En caso de una Emergencia Nuclear**

##### **Razón por qué se debe Tomar Yoduro de Potasio**

En caso de accidente en una planta de energía nuclear o lo que se conoce como emergencia por radioactividad, puede haber un escape de radioactividad y la posible dispersión de yodo radioactivo en el ambiente. Esta sustancia podría ser inhalada o ingerida, introduciéndose en el tiroides donde podría causar cáncer y/o enfermedad. Los niños y los recién nacidos son los más vulnerables a que esto les suceda. Al tomarse como pastilla, el Yoduro de Potasio (KI) inunda la tiroides con yodo no reactivo e impide que la tiroides absorba la sustancia radioactiva. Yoduro de Potasio deberá darse antes o poco después de haber sido expuesto a la radioactividad. Yoduro de Potasio sólo sirve para impedir que la tiroides absorba el yodo radioactivo.

##### **Efectos Secundarios Posibles de Yoduro de Potasio**

El tomar Yoduro de Potasio puede ocasionar los siguientes efectos secundarios: **Trastorno estomacal, Sarpullido, Reacción alérgica**-la reacción puede variar desde leve (sarpullido, sabor metálico, a veces trastorno estomacal y diarrea) hasta aguda (fiebre, dolor en las articulaciones, hinchazón en parte de la cara y cuerpo, y ocasionalmente, falta severa de aliento que requiere atención médica inmediata).

##### **Riesgos de Tomar Yoduro de Potasio**

Para la mayoría de la gente no hay riesgo al tomar Yoduro de Potasio\*. No debe tomarse Yoduro de Potasio si: **Es alérgico al yodo, Padece de la enfermedad de Graves, Padece de cualquier enfermedad de la tiroides, Está tomando cualquier tipo de medicina para el tiroides**

\* Se les pide a los padres/tutores que contacten al doctor de su niño si tienen preguntas específicas acerca del riesgo de que su niño tome KI antes de devolver este formulario de consentimiento a la enfermera de la escuela.

##### **Suministro de Yoduro de Potasio**

Sólo se suministrará Yoduro de Potasio en los siguientes casos:

En caso de una emergencia por radioactividad

Cuando ha sido recomendado por los oficiales de salud pública

Si el padre/tutor firma el formulario de consentimiento para un niño menor de 18 años

#### **Consentimiento Informado: Por favor llene la siguiente información y devuelva a la enfermera de la escuela de su niño.**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**No doy mi consentimiento** para que mi hijo reciba Yoduro de Potasio en caso de una emergencia nuclear

**Doy mi consentimiento** para que la enfermera escolar o la persona nombrada por ella suministre Yoduro de Potasio a mi hijo.

Nombre y Apellido del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Núm. Telf. \_\_\_\_\_

Dirección de los Padres: \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## **Peekskill City School District**

*Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.*

**Alba Illescas**  
Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
**Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113**  
**Email: [aillescas@peekskillschools.org](mailto:aillescas@peekskillschools.org)**

### **Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante** **Página 14 de 17**

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si ha dado su consentimiento, ¿puede su hijo tragar pastillas?  Sí  No

**Esta página está en blanco intencionalmente.**

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





## Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

**Alba Illescas**  
Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
**Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113**  
**Email: aillescas@peekskillschools.org**

### Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante Página 15 de 17

Student ID# \_\_\_\_\_ Se le entregará al Depto. de Transporte este formulario cuando haya completado la matrícula.

#### Solicitud de Transporte (Sólo para los Grados K-5)

Nombre Completo del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Hermano(a) \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Hermano(a): \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto en Caso de Emergencia:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

**Alba Illescas**  
Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
**Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113**  
**Email: aillescas@peekskillschools.org**

### Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante Página 16 de 17

\*\*\* **POR FAVOR TENGA EN CUENTA** - Si se necesita servicio de transporte a una niñera o guardería, tiene que comunicarse con el Departamento de Transporte (ubicado en la escuela Uriah Hill) al 914-739-0682 x 7702 para hacer estos arreglos.

Student ID# \_\_\_\_\_ Se le entregará al Depto. de Transporte este formulario cuando haya completado la matrícula.

#### Acuerdo Entre Padre y Estudiante Para la Seguridad en el Autobús

##### **DISCIPLINA EN EL AUTOBUS**

##### **Mala Conducta y Comportamiento Inaceptable:**

Comportamiento tal como el uso de blasfemias, falta de respeto hacia el conductor, monitor o hacia otros estudiantes, arrojar objetos dentro o contra el autobús, ponerse de pie cuando el autobús está en marcha, subirse sobre los asientos, descortesías/vulgaridades, comer o beber, o cualquier otro comportamiento que no esté de acuerdo con las normas de disciplina del distrito escolar de la ciudad de Peekskill. El transporte es una continuación del día escolar. Todos los informes de conducta que requieran acción disciplinaria serán enviados al Director de la escuela de su niño y éste será quien determine las medidas a tomarse.

Primer Delito: Advertencia Oral  
Segundo Delito: Advertencia por Escrito  
Tercer Delito: Quedará suspendido su transporte por un día

##### Fumar en el Autobús

Primer Delito: Advertencia por Escrito  
Segundo Delito: Quedará suspendido su transporte por un día  
Tercer Delito: Quedará suspendido su transporte por tres días  
Delitos Repetidos: Quedará suspendido su transporte por un tiempo indefinido y tendrá una Revisión por el Superintendente

##### Asalto Físico/ Peleas o Amenazas de Cualquier Tipo:

Primer Delito: Quedará suspendido su transporte por un mínimo de tres días (según la severidad del acto)  
Segundo Delito: Quedará suspendido su transporte por un tiempo indefinido y tendrá una Revisión por el Superintendente  
Cada caso podrá requerir aviso a la Comisaría de Policía

##### Uso de Drogas o Alcohol:

Cualquier Delito: Será referido a la Comisaría de Policía, quedará suspendido su transporte por un tiempo indefinido y tendrá una Revisión por el Superintendente

##### Vandalismo:

Cualquier Delito: Será referido a la Comisaría de Policía, quedará suspendido su transporte por un tiempo indefinido y tendrá una Revisión por el Superintendente

**EL PADRE/GUARDIAN DEBE FIRMAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE, A MAS TARDAR LA SEGUNDA SEMANA DE SEPTIEMBRE. DESPUES DE LA TERCERA SEMANA DE SEPTIEMBRE, NO SE PERMITIRA QUE EL ESTUDIANTE TOMA EL AUTOBUS HASTA QUE ESTE FORMULARIO HAYA SIDO FIRMADO Y DEVUELTO.**

Certifico que soy el padre/guardián legal del niño/a nombrado abajo y que he recibido, entendido y discutido con mi niño/a el Pacto para la Seguridad en el Autobús así como las consecuencias debido a conducta inaceptable. Además estoy consciente de que tengo la responsabilidad de informar a la Oficina de Transporte de cualquier cambio en la información anotada en este formulario.

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

**Alba Illescas**  
Registrar

**Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566**  
**Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113**  
**Email: aillescas@peekskillschools.org**

### Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante

#### Página 17 de 17

Nombre Completo del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

#### Release of Information

The registrar of the City School District of Peekskill, New York is requesting all records including academic records, health records, birth certificates, etc. Send these records to the attention of the Registrar.

If the student is receiving Special Education Services, please forward all confidential evaluations (i.e. PSYCHOLOGICAL, SOCIAL HISTORY, EDUCATIONAL, SPEECH/LANGUAGE, PHYSICAL, etc. including IEP to the attention of the Director of Special Education.

STUDENT(s) \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

SCHOOL NAME/ADDRESS \_\_\_\_\_

RECORDS COMING FROM: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

**IF STUDENT ATTENDS SPECIAL EDUCATION CLASSES, PLEASE LIST ADDRESS AND PHONE # OF SPECIAL EDUCATION OFFICES BELOW:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

**Signed Consent for Records:** I have been told that in order to protect the limited confidentiality of records, my agreement to obtain or release information is necessary and that this permission is limited for the purposes and to the person listed above, and will be in effect for 1 year after the date of my signature, unless specified. I also understand that I may revoke this authorization in writing except to the extent that action has been taken in reliance thereon. Refusal to sign this authorization will not impact treatment. HIV-related information contained in the parts of the record will not be released through this consent. A separate consent is required to release HIV-related information.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
(Date)

**SEND RECORDS TO:**  
**Registration Office**  
Uriah Hill School  
980 Pemart Avenue  
Peekskill, NY 10566  
Phone (914) 739-0682 x 7535

**If Special Education:**  
CSE/CPSE Chairperson  
Peekskill City Schools  
1031 Elm Street  
Peekskill, New York 10566

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_