



**Alba Illescas
Registrar**

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.

Oficina de Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

DOCUMENTOS PARA LA MATRÍCULA

- 1. LICENCIA DE CONDUCIR DE LOS PADRES/GUARDIAN O PASAPORTE**
- 2. DOS PRUEBAS DE DOMICILIO EN PEEKSKILL, POR EJEMPLO:**
 - **CUENTA DE CON EDISON**
 - **RECIBO DE AGUA**
 - **CONTRATO DE ALQUILER**
 - **RECIBO DE ALQUILER DE VIVIENDA IMPRESO
(NO SE ACEPTAN RECIBOS ESCRITOS A MANO)**
 - **CERTIFICADO NOTARIAL DEL DUEÑO**
 - **ESCRITURA O COMPROBANTE DE PAGO DE HIPOTECA**

En caso de no tener ninguno de estos documentos, debe presentar una carta firmada ante un notario donde declara vivir con un habitante de Peekskill, el cual posee uno de los documentos anteriores, copia del cual debe entregar.

(NO SE ACEPTA LA CUENTA DE TELEFONO/CABLE O CORREO REGULAR)

- 3. PARTIDA DE NACIMIENTO O PASAPORTE**
- 4. CERTIFICADO DE VACUNAS**
- 5. EXAMEN DE TUBERCULOSIS (PPD)**
- 6. CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO**

Si no tiene un examen físico actualizado, usted puede usar una tarjeta que indique que tiene una cita para el examen.
- 7. INFORME ESCOLAR Y NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO Y FAX
DE SU ESCUELA (SI ESTÁ DISPONIBLE)**
- 8. DE REQUERIR EDUCACION ESPECIAL, EL PROGRAMA EDUCACIONAL INDIVIDUAL
(IEP) DE SU ESCUELA**

**TOME NOTA: DEBE DE HACER UNA CITA. ES OPCIONAL TRAER AL ESTUDIANTE
EL DIA DE LA INSCRIPCIÓN.**



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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 1 de 17

Student ID# _____

Formulario de Inscripción/Información sobre el programa McKinney-Vento

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: _____

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Este cuestionario esta designado a abordar la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. Las respuestas a este cuestionario de vivienda ayudaran a nuestro Distrito a determinar los servicios que su hijo puede recibir. ¿Donde vive actualmente el estudiante? (Por favor marque una de las casillas.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En un refugio | <input type="checkbox"/> En un programa de vivienda transicional |
| <input type="checkbox"/> En un motel o hotel? | <input type="checkbox"/> En un automóvil, parque, autobús, tren o campamento |
| <input type="checkbox"/> En un tráiler/ casa motor alquilada en propiedad privada | <input type="checkbox"/> En un edificio/casa de ocupación una habitación |
| <input type="checkbox"/> En un garaje alquilado por perdida de vivienda | <input type="checkbox"/> Otro Lugar no apto para habitación humana |
| <input type="checkbox"/> En espera de colocación temporal | |
| <input type="checkbox"/> Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia debido a la perdida de vivienda? | |
| <input type="checkbox"/> Temporalmente con un adulto que no es el padre/guardián legal debido a la perdida de vivienda | |
| <input type="checkbox"/> Con otra familia u otra persona debido a la perdida de vivienda por dificultad económica (ej. compartiendo con más-de una familia) | |
| <input type="checkbox"/> Otra situación de vivienda temporal (Por favor describa): _____ | |
| <input type="checkbox"/> NINGUNA DE ESTAS OPCIONES APLICA. | |

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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 2 de 17

Student ID# _____

Identificación Racial y Étnica del Estudiante

Por Favor conteste ambas preguntas (1) Y (2)

- (1) ¿El estudiante es **Hispano, Latino o de Origen Hispano**? YES NO
Hispano, Latino o de origen español significa una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o suramericano, u otra cultura u origen español, independiente de su raza.

- (2) **Marque una o más razas de los siguientes grupos raciales.**
Marque todos los grupos que apliquen para su hijo.

<input type="checkbox"/>	Indio Americano o Nativo de Alaska Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur (incluyendo Centro América) y que mantiene una identificación cultural a través de la afiliación tribal o el apego a la comunidad (ej. Cherokee, Mohawk, Inuit)
<input type="checkbox"/>	Asiático Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del lejano oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.
<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawái u otras islas de Pacífico Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico
<input type="checkbox"/>	Negro o Afroamericano Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
<input type="checkbox"/>	Blanco Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Norte de África o el Medio Oriente.

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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 3 de 17

Student ID# _____

El Estudiante Vive Con: Por Favor Marcar una Casilla

- Ambos Padres Madre sólo Padre sólo Madre/Padrastro
 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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 4 de 17

Student ID# _____

Padre/Madre que No Vive con el Estudiante

Nombre y Apellido: _____

Relación con el Estudiante: _____ Guardián Legal Sí No

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Email: _____

Información Adicional: _____

Nombre y Apellido: _____

Relación con el Estudiante: _____ Guardián Legal Sí No

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Email: _____

Información Adicional: _____

Hermanos

Nombre Completo del Estudiante: _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nombre Completo del Estudiante: _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 5 de 17

Student ID# _____

Hermanos

Nombre Completo del Estudiante: _____

Apellidos _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Grado: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nombre Completo del Estudiante: _____

Apellidos _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Grado: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Otros Contactos en Caso de Emergencia

Contacto de Emergencia # 1 2 3 4 (Marcar una)

Nombre y Apellido: _____ Relación con el Estudiante: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Contacto de Emergencia # 1 2 3 4 (Marcar una)

Nombre y Apellido: _____ Relación con el Estudiante: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Contacto de Emergencia # 1 2 3 4 (Marcar una)

Nombre y Apellido: _____ Relación con el Estudiante: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Contacto de Emergencia # 1 2 3 4 (Marcar una)

Nombre y Apellido: _____ 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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 6 de 17

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



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. ¿Cuáles 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	

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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 7 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? _____	

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal _____
 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: _____ Mo. DAY YR.	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: _____ Mo. DAY YR.	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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 8 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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 9 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** (Incluyendo la escuela 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** (Incluyendo la escuela Preescolar y Jardín Infantil):

Mes Año Grado (Preescolar – 12)

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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 10 de 17

Student ID# _____

Este formulario será entregado a la enfermera después que haya completado 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 lentes 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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 11 de 17

Student ID# _____

Este formulario será entregado a la enfermera después que haya completado 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: _____

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

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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 12 de 17

Student ID# _____

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____)
___	___	Problemas de Corazon / Murmullos	___	___	Anemia falciforme
___	___		___	___	Problemas de peso

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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 13 de 17

Student ID# _____

Este formulario será entregado a la enfermera después que haya completado 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).

Riegos 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 le 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: _____

Si ha dado su consentimiento, ¿puede su hijo tragar pastillas? 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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 14 de 17

Esta página está en blanco intencionalmente.



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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 15 de 17

Student ID# _____

Este formulario será entregado al Depto. de Transporte 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: _____

***** POR FAVOR TENGA EN CUENTA** - Si necesita servicio de transporte a una niñera o guardería, comuníquese con el Departamento de Transporte al 914-737-3300 x 7702 para hacer estos arreglos.

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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 16 de 17

Student ID# _____ Este formulario será entregado al Depto. de Transporte 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 TOME EL AUTOBUS HASTA QUE ESTE FORMULARIO HAYA SIDO FIRMARDO Y DEVUELTO.

Certifico que soy el padre/guardián legal del niño/a nombrado abajo y que he recibido, entendido y he conversado con mi niño/a sobre 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.

Nombre Completo del Estudiante: _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Nombre del Padre/Guardián: _____

Release of Information

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 Matriculas y Registros, 400 S. Division St., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 737-3300 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Página 17 de 17

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
400 S. Division Street
Peekskill, NY 10566
Phone (914) 739-0682 x 7535
Fax (914) 737-0113

If Special Education:
CSE/CPSE Chairperson
Peekskill City Schools
1031 Elm Street
Peekskill, New York 10566
Phone (914) 737-3300 x 1525 / Fax (914) 788-7584

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ **Fecha:** _____