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

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)**
   - **ESCRITURA O COMPROBANTE DE PAGO DE HIPOTECA**

   En caso de no tener ninguno de estos documentos, solicité a la oficina de registro los formularios correspondientes, los cuales deben ser entregados conjunto con una copia de uno de los documentos anteriores del dueño/arrendatario.

   ***(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, puede presentar una tarjeta donde indica que tiene una cita médica programada.

7. **INFORME ESCOLAR Y NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO Y FAX DE LA ESCUELA ANTERIOR**

8. **SI EL ESTUDIATE REQUIERE EDUCACION ESPECIAL, PRESENTE UNA COPIA DEL PROGRAMA EDUCACIONAL INDIVIDUAL (IEP) DE LA ESCUELA ANTERIOR**

NOTA: DEBE DE HACER UNA CITA PARA ENTREGAR LA APLICACIÓN DE LA MATRICULA.

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

Additional Questions to Finalize Registration/ Preguntas Adicionales para finalizar el registro

	YES/SI	NO
Do you need assistance creating an email? **Necesita asistencia para crear un correo electrónico?**		
Are you in need of internet access? **Necesita acceso al internet?**		
Do you need help setting up the parent portal?/ **Necesita ayuda configurando el portal para padres?**		
Would you like support with navigating the district 's webpage?/ **Le gustaría recibir apoyo en cómo navegar la página web del distrito?**		
Do you have any additional technology needs? / **Tiene alguna otra necesidad tecnológica?**		
(Pre-K and Kindergarten ONL Y/ Pre-Kinder y Jardin SOLAMENTE) **Are you interested in the Dual Langauge Program/ Está interesado en el Programa Dos Caminos?**		
Are you interested in receiving more information regarding the resources available at the Parent Resource Center such as workshops (Financial literacy, Raising a Reader, ESL classes, Spanish for nonnative speakers, Special Education Workshops, etc.), community resources, food and clothing programs? **¿Está interesado en recibir más información sobre los recursos disponibles en el Centro de Recursos Para Padres, como talleres (información financiera, crear un lector, clases de ESL, español para hablantes no nativos, talleres de educación especial, etc.), recursos comunitarios, comida y programas de ropa?**		

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

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.*)

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

Presentar un registro falso o falsificar registros es un delito según la Sección 37.10 del Código Penal, y la inscripción del niño bajo documentos falsos somete a la persona a responsabilidad por la matrícula u otros costos. Sec. TEC. 25.002(3)(d).

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

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.

☐	**Indio Americano o Nativo de Alaska** Una persona que tiene origines en cualquiera de los pueblos origínale 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)
☐	**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.
☐	**Nativo de Hawái u otras islas de Pacifico** Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacifico
☐	**Negro o Afroamericano** Una persona que tiene origines en cualquiera de los grupos raciales negros de África
☐	**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

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

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

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

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.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Nombre *Segundo nombre* *Apellido*

FECHA DE NACIMIENTO: *Mes* *Día* *Año*

GÉNERO: ❑ Masculino ❑ 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?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	❑ Madre _____ *especifique*	❑ Padre _____ *especifique*	❑ Tutor(es) _____ *especifique*
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	❑ No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	❑ No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	❑ No sabe escribir

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

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: ❑ **NO** ❑ **YES**

****DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:** _____ (MO / DAY / YR.)

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:
❑ ADMINISTER NYSITELL
❑ ENGLISH PROFICIENT
❑ 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: ❑ ENTERING ❑ EMERGING ❑ TRANSITIONING ❑ EXPANDING ❑ 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

Student ID# _____

Evaluación de Idioma_____

¿Cúal 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

¿Esta su hijo (a) interesado en participar en algún deporte? □ Sí □ No Si contestó sí, por favor indique el deporte _____

¿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

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

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 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 sicólogo, 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

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

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
			___	___	Enfermedad de Lyme
___	___	Dificultad para oír	___	___	Envenenamiento de plomo
___	___	Dolores de garganta frecuentes	___	___	Varicela o (Fecha de vacuna____)
___	___	Asma / Sibilancias	___	___	Anemia falciforme
___	___	Problemas de Corazon / Murmullos	___	___	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

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 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: _____

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

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

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

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

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

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: _____

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

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
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:** _____