



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- PRE-K

- 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) (SI APLICA)**
- 6. CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO**

Si el estudiante no tiene un examen físico actualizado, usted puede presentar una cita médica para el próximo examen físico.
- 7. INFORME ESCOLAR Y NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO Y FAX DE SU ESCUELA (SI ESTÁ DISPONIBLE)**
- 8. SI EL ESTUDIANTE REQUIERE EDUCACION ESPECIAL, PRESENTAR UNA COPIA DEL PROGRAMA EDUCACIONAL INDIVIDUAL (IEP) DE LA ESCUELA ANTERIOR**

NOTA: DEBE DE HACER UNA CITA PARA PRESENTAR LA MATRICULA, 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

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 Language 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

Page 1 of 18

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 programa de vivienda transicional
- En un motel o hotel?
- En un automóvil, parque, autobús, tren o campamento
- En un tráiler/ casa motor alquilada en propiedad privada
- En un edificio/casa de ocupación una habitación
- En un garaje alquilado por perdida de vivienda
- 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 m de 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

Page 2 of 18

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

Page 3 of 18

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

Page 4 of 18

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

Page 6 of 18

Student ID# _____



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes para alumnos de preescolar¹

*Estimado padre, madre o tutor:
Gracias por completar el Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes. Esta encuesta aportará a su escuela nueva información valiosa sobre la experiencia de su hijo con los idiomas. La información reunida servirá para que los educadores de preescolar puedan brindar un nivel de instrucción relevante desde el punto de vista lingüístico y académico, que afiance el idioma y la alfabetización de todos los alumnos.*

ESTA SECCIÓN SOLO SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR O A CARGO DE LA INSCRIPCIÓN Y SE ARCHIVARÁ

Fecha en que se completó el perfil:

Nombre del estudiante:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad:

Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):

Nombre de la persona que administra el perfil:

Puesto:

Información del padre, la madre o la persona que desempeña un rol parental

Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:

Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil: Madre Padre Otro

¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela? Inglés Otro idioma que se habla en el hogar:

Idioma que se habla en el hogar

1. ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?

2. ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente? (Enumere todos los que correspondan.)

3. ¿Hay un cuidador en el hogar? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?

4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?

5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?

6. ¿Su hijo tiene hermanos? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?

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

Page 7 of 18

Student ID# _____

7a. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones cortas? ¿En qué idioma?
7b. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones completas? ¿En qué idioma?
8. ¿Qué idioma utiliza su hijo en los juegos de simulación?
9. ¿Cómo ha aprendido inglés su hijo hasta este momento (programas de televisión, hermanos, personas a cargo del cuidado, etc.)?
Idioma fuera del hogar/de la familia
10. ¿Su hijo ha asistido a algún programa de guardería, Head Start o de cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué idioma se hablaba en el programa? ¿En qué idiomas interactúa su hijo con otras personas en el entorno de guardería o cuidado infantil?
11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que hace su hijo con los amigos?
Objetivos de idioma
12. ¿Cuáles son sus objetivos de idioma para su hijo? Por ejemplo, ¿quiere que su hijo aprenda a hablar bien más de un idioma?
13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué idioma?
Alfabetización emergente
15. ¿Su hijo tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca? ¿En qué idioma le leen estos libros?
16a. ¿Su hijo puede decir algunas letras o sonidos en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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

Page 8 of 18

Student ID# _____

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
17a. ¿Su hijo simula leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
17b. ¿Su hijo simula escribir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
De ser así, ¿qué objetivos describe?
20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

ⁱ Para más información, comuníquese con la Oficina de Educación Infantil del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-5807, o por correo electrónico a OEL@nysed.gov, o la Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-8775 o (718) 722-2445, o por correo electrónico a OBEWL@nysed.gov.

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

Page 9-18

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

Page 11-18

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

Page 12-18

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

Page 13-18

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

Page 14-18

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

Page 15-18

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

Page 16-18

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

Page 17-18

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 FIRMADO 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

Page 18-18

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:** _____