



Peekskill City School District

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

Alba Illescas
Registrar

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

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante

Página 1 de 18

Student ID# _____

Datos de Inscripción del Estudiante

Escriba con Letra Clara

Nombre del Estudiante: _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____
Mes Día Año

Ciudad/Estado/País de Nacimiento: _____

Fecha de entrada a USA: _____ Años en USA: _____
Mes Día Año

Dirección: _____ Apto/Piso: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal: _____ Apto/Piso: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa/ Celular: _____

Origen Etnico

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

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

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

Indio Americano o Nativo de Alaska

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

Negro
 Asiático

Persona con origen en cualquier grupo de raza Negra del África. Persona con origen en los primeros habitantes del Lejano Oriente, Sureste de Asia, las Islas Pacíficas o el Subcontinente Indio.

Blanco

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

Nativo de Hawái o de las Islas Pacíficas

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

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



Peekskill City School District

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

Alba Illescas
Registrar

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

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante

Página 2 de 18

Student ID# _____

El Estudiante Vive Con: Por Favor Marcar una Casilla

- Ambos Padres Madre sólo Padre sólo Madre/Padraastro
 Padre/Madrastra Familiares _____ Otro _____

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

Información de los Padres/Guardián

Nombre y Apellido: _____

Relación con el Estudiante: _____ Guardián Legal Sí No

Dirección: _____

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

Email: _____

Información Adicional: _____

Información de los Padres/Guardián

Nombre y Apellido: _____

Relación con el Estudiante: _____ Guardián Legal Sí No

Dirección: _____

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

Email: _____

Información Adicional: _____

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



Peekskill City School District

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

Alba Illescas
Registrar

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

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante

Página 3 de 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 Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante

Página 4 de 18

Student ID# _____

Hermanos

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

Nombre Completo del Estudiante: _____
Grado: _____ Sexo: M F Apellidos _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
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 Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante Página 5 de 18



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

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante Página 6 de 18

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

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante Página 7 de 18

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

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante

Página 8 de 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 Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante

Página 9 de 18

Student ID# _____

Información de la Escuela Anterior

Última Escuela donde Asistió: _____

Grado: _____ Año Escolar: _____ Ciudad _____ Estado: _____

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

Escuelas Anteriores donde Asistió (Incluso Preescolar y Guardería):

Nombre de la Escuela	Dirección	Grado	Fechas

Fecha en que comenzó el grado 9: _____
Mes Año

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

Mes Año Grado (Preescolar – 12)

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

Mes Año Grado (1 – 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 Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566
Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante

Página 10 de 18

Student ID# _____

Cuestionario de Residencia del Estudiante

Este cuestionario tiene el propósito de tomar en cuenta la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. Las respuestas a estas preguntas ayudarán a determinar si el estudiante reúne los requisitos para recibir algún servicio.

¿Dónde reside el estudiante en este momento? (Marcar Una Casilla)

¿En un albergue? Sí No

¿En un programa de vivienda transitoria? Sí No

¿En un hotel o motel? Sí No

¿En un auto, casa rodante o campamento? Sí No

¿En una casa rodante alquilada, situada en propiedad privada? Sí No

¿En un edificio COI (Cuarto de Ocupación Individual)? Sí No

¿En un garaje debido a la pérdida de vivienda? Sí No

¿Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia debido a la pérdida de vivienda? Sí No

¿Temporalmente con un adulto que no es el padre/madre/guardián, debido a la pérdida de vivienda? Sí No

¿En espera de colocación para crianza supervisada temporal? Sí No

¿Otro lugar inhabitable? Sí No

NINGUNA DE ESTAS OPCIONES SON APLICABLES

Si la respuesta es SI a las preguntas anteriores, por favor rellene el resto de este formulario.

Si la respuesta es NO, sólo firme en la parte de abajo del formulario.

Nombre Completo del Estudiante: _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

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

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



Peekskill City School District

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

Alba Illescas
Registrar

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

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante Página 11 de 18

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

Doctor

Nombre y Apellido: _____

Teléfono: _____ Extensión: _____

Hospital: _____

Fecha de la Última Visita: _____ Nombre del Dentista _____

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

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

Problemas de Salud

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

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

¿Se llevó a término su embarazo (9 meses)? Sí No Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz.

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

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

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

Si la respuesta es sí, explique:

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

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



Peekskill City School District

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

Alba Illescas
Registrar

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

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante Página 12 de 18

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

Alertas Médicas (Asma, Alergias, etc.)

Alerta Médica 1: _____

Alerta Médica 2: _____

Información

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

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

¿Padece su hijo alergia a algún medicamento? Sí No

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

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

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante Página 13 de 18

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

Cuestionario De Salud

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

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

Registrar

Oficina de Registración, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566

Phone: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113

Email: aillescas@peekskillschools.org

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante

Página 14 de 18

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

Formulario de Consentimiento Informado

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

Razón por qué se debe Tomar Yoduro de Potasio

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

Efectos Secundarios Posibles de Yoduro de Potasio

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

Riesgos de Tomar Yoduro de Potasio

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

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

Suministro de Yoduro de Potasio

Sólo se suministrará Yoduro de Potasio en los siguientes casos:

En caso de una emergencia por radioactividad

Cuando ha sido recomendado por los oficiales de salud pública

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

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

Nombre del Niño: _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

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

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

Nombre y Apellido del Padre/Tutor: _____ Núm. Telf. _____

Dirección de los Padres: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

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

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante **Página 15 de 18**

Esta página está en blanco intencionalmente.

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



Peekskill City School District

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

Alba Illescas
Registrar

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

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante

Página 16 de 18

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

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

Nombre Completo del Estudiante: _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

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

Nombre Completo del Hermano(a) _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

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

Nombre Completo del Hermano(a): _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

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

Nombre de los Padres/Guardián: _____ Relación con el Estudiante: _____

Dirección: _____

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

Nombre de los Padres/Guardián: _____ Relación con el Estudiante: _____

Dirección: _____

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

Persona de Contacto en Caso de Emergencia:

Nombre Completo: _____ Relación con el Estudiante: _____

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

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

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



Peekskill City School District

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

Alba Illescas
Registrar

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

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante Página 17 de 18

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

Acuerdo Entre Padre y Estudiante Para la Seguridad en el Autobús

DISCIPLINA EN EL AUTOBUS

Mala Conducta y Comportamiento Inaceptable:

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

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

Fumar en el Autobús

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

Asalto Físico/ Peleas o Amenazas de Cualquier Tipo:

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

Uso de Drogas o Alcohol:

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

Vandalismo:

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

EL PADRE/GUARDIAN DEBE FIRMAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE, A MAS TARDAR LA SEGUNDA SEMANA DE SEPTIEMBRE. DESPUES DE LA TERCERA SEMANA DE SEPTIEMBRE, NO SE PERMITIRA QUE EL ESTUDIANTE 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 discutido con mi niño/a el Pacto para la Seguridad en el Autobús así como las consecuencias debido a conducta inaceptable. Además estoy consciente de que tengo la responsabilidad de informar a la Oficina de Transporte de cualquier cambio en la información anotada en este formulario.

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

Formulario de Matrícula Para Pre-K – Datos de Inscripción del Estudiante

Página 18 de 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
Uriah Hill School
980 Pemart Avenue
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:** _____