



**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](mailto: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)**
  - **CERTIFICADO NOTARIAL DEL DUEÑO**
  - **ESCRITURA O COMPROBANTE DE PAGO DE HIPOTECA**

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

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

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

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

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



## Peekskill City School District

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

**Alba Illescas**  
Registrar

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

### Página 1 de 17

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

## Formulario de Inscripción/Información sobre el programa McKinney-Vento

### Datos de Inscripción del Estudiante

### Escriba con Letra Clara

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Apellidos

Nombre

Segundo Nombre

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

Mes

Día

Año

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

Fecha de entrada a USA: \_\_\_\_\_ Años en USA: \_\_\_\_\_

Mes

Día

Año

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

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

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

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

Teléfono de Casa/ Celular: \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE VIVIENDA

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

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

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



## Peekskill City School District

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

**Alba Illescas**  
Registrar

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

**Página 2 de 17**

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

### Identificación Racial y Étnica del Estudiante

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

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

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

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>Indio Americano o Nativo de Alaska</b><br>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"/> | <b>Asiático</b><br>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"/> | <b>Nativo de Hawái u otras islas de Pacífico</b><br>Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Negro o Afroamericano</b><br>Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Blanco</b><br>Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Norte de África o el Medio Oriente.   |

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



## Peekskill City School District

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

**Alba Illescas**  
Registrar

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

### Página 3 de 17

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

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

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

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

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

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

Información Adicional: \_\_\_\_\_

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

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

Información Adicional: \_\_\_\_\_

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



## Peekskill City School District

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

**Alba Illescas**  
Registrar

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

### Página 4 de 17

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

#### **Padre/Madre que No Vive con el Estudiante**

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

Información Adicional: \_\_\_\_\_

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

Información Adicional: \_\_\_\_\_

#### **Hermanos**

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

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

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

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

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





## Peekskill City School District

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

**Alba Illescas**  
Registrar

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

Página 6 de 17



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

*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?

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



## Peekskill City School District

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

**Alba Illescas**  
Registrar

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

### Página 7 de 17

6. ¿Su hijo tiene hermanos?  Sí  No

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

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?  Sí  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?  Sí  No

14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué idioma?

**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](mailto:aillescas@peekskillschools.org)**

### Página 8 de 17

#### 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?  Sí  No

16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17a. ¿Su hijo simula leer?  Sí  No  No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17b. ¿Su hijo simula escribir?  Sí  No  No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje?  Sí  No

De ser así, ¿qué objetivos describe?

20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

<sup>1</sup> For more information contact: the New York State Education Department Office of Early Learning at (518) 474-5807 or email [OEL@nysed.gov](mailto:OEL@nysed.gov) or the New York State Education Department Office of Bilingual Education and World Languages at (518) 474-8775 or (718) 722-2445 or email [OBEWL@nysed.gov](mailto: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**

### Página 9 de 17

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

#### Evaluación de Idioma

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

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

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

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

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

El estudiante habla:

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

#### Información de los Servicios Especiales

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

¿Tiene su hijo actualmente un Plan 504?     Sí     No

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

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

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

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

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

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

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

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





## Peekskill City School District

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

**Alba Illescas**  
Registrar

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

### Página 11 de 17

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

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

#### Doctor

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si la respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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



## Peekskill City School District

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

**Alba Illescas**  
Registrar

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

### Página 12 de 17

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

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

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

Alerta Médica 1: \_\_\_\_\_

Alerta Médica 2: \_\_\_\_\_

#### Información

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

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

¿Padece su hijo alergia a algún medicamento?  Sí  No

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

Describa la reacción alérgica: \_\_\_\_\_

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

#### Medicamentos que Toma Actualmente

| Nombre | Frecuencia | A qué Hora | Doctor | Motivo |
|--------|------------|------------|--------|--------|
|        |            |            |        |        |
|        |            |            |        |        |
|        |            |            |        |        |
|        |            |            |        |        |

#### Información de las Vacunas

*La escuela tiene que tener la información de las vacunas del niño antes de que pueda comenzar las clases. En caso de **NO** presentar toda la información de las vacunas, el estudiante **DEBE** ver a la enfermera de la escuela para así completar la matrícula.*

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



## Peekskill City School District

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

**Alba Illescas**  
Registrar

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

**Página 13 de 17**

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

### Cuestionario De Salud

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

|     |     |  |     |     |                                 |
|-----|-----|--|-----|-----|---------------------------------|
| Si  | No  | Heridas en la cabeza                             | Si  | No  | 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<br>(Mas de 2 años) | ___ | ___ | Alergias en la piel             |
| ___ | ___ |  | ___ | ___ |                                 |
| ___ | ___ | Dificultad para oír                              | ___ | ___ | Enfermedad de Lyme              |
| ___ | ___ |  | ___ | ___ |                                 |
| ___ | ___ | Dolores de garganta frecuentes                   | ___ | ___ | Envenenamiento de plomo         |
| ___ | ___ |  | ___ | ___ |                                 |
| ___ | ___ | Asma / Sibilancias                               | ___ | ___ | Varicela o (Fecha de vacuna___) |
| ___ | ___ |  | ___ | ___ |                                 |
| ___ | ___ | Problemas de Corazon / Murmullos                 | ___ | ___ | Anemia falciforme               |
| ___ | ___ |  | ___ | ___ |                                 |
| ___ | ___ |  | ___ | ___ | Problemas de peso               |

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



## Peekskill City School District

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

**Alba Illescas**  
Registrar

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

**Página 14 de 17**

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

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

### Formulario de Consentimiento Informado

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

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

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

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

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

##### **Riegos de Tomar Yoduro de Potasio**

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

\* Se 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:** \_\_\_\_\_



## **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](mailto:aillescas@peekskillschools.org)**

**Página 15 de 17**

**Esta página está en blanco intencionalmente.**



## Peekskill City School District

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

**Alba Illescas**  
Registrar

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

### Página 16 de 17

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

**Este formulario será entregado al Depto. de Transporte cuando haya completado la matrícula.**

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

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

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

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

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

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

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Persona de Contacto en Caso de Emergencia:

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

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

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

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



## Peekskill City School District

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

**Alba Illescas**  
Registrar

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

### Página 17 de 17

Student ID# \_\_\_\_\_ Este formulario será entregado al Depto. de Transporte cuando haya completado la matrícula.

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

##### DISCIPLINA EN EL AUTOBUS

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

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

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

##### Fumar en el Autobús

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

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

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

##### Uso de Drogas o Alcohol:

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

##### Vandalismo:

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

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

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

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

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

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



## Peekskill City School District

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

**Alba Illescas**  
Registrar

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

**Página 18 de 17**

### 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:** \_\_\_\_\_