



## DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE SAUGERTIES

SAUGERTIES CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Buzón de llamadas A

Call Box A

310 Washington Avenue Ext.

Saugerties, New York 12477

(845) 247-6500

[www.saugerties.k12.ny.us](http://www.saugerties.k12.ny.us)

# Bienvenido al Distrito Escolar Central de Saugerties

*Welcome to the Saugerties Central School District*

La inscripción de todos los estudiantes nuevos se llevará a cabo en la oficina de inscripciones del distrito, ubicada en:

*Registration for all new students will take place at the District Registrar's office located at:*

**310 Washington Avenue Ext Saugerties, NY 12477**

**detrás de la escuela secundaria**

Las inscripciones se realizarán con previa cita de lunes a viernes.

*Hours of registration are by appointment Monday through Friday*

**Llame para concertar una cita.**

*Please call for an appointment.*

**(845) 247-6550 x9211**

**F: 845-681-4241**

Se requiere la siguiente documentación para inscribir a su hijo/a en la escuela del Distrito Escolar Central de Saugerties:

*The following documentation is required in order to enroll your child for school in the Saugerties Central School District:*

- ✓ **Prueba de residencia:** Debe entregar **dos (2)** copias originales con fecha actual (de los últimos 30 días), y debe contener el nombre del/de la padre/madre/tutor y el domicilio de residencia.

*Proof of Residency: You must provide two (2) original copies that are current (within the last 30 days), and must contain the name of the parent/guardian and the physical address of the residence.*

- ➔ Documentos aceptados: contrato de arrendamiento celebrado, título de propiedad, hipoteca u otra prueba de titularidad, declaración notarial/firmada o declaración jurada de un tercero arrendador/propietario, factura de servicio público (gas, combustible, electricidad, teléfono, cable, etc.), declaración de impuestos

*Documents accepted: executed lease agreement, deed, mortgage or other proof of home ownership, notarized/signed statement or affidavit from a third party landlord/owner, utility bill (gas, oil, electric, telephone, cable, etc.), tax bill*

- ✓ **Documento que acredite la fecha de nacimiento:** Acta de nacimiento, pasaporte u otro documento que acredite la edad de su hijo/a

*Proof of Date of Birth: Your child's original birth certificate, passport, or other proof of age*

- ✓ **Registro de vacunas/formulario de salud del médico/formulario dental:**

*Immunization Record/Physician Health Form/Dental Form:*

- ➔ La Ley de Salud Pública 2164 exige que se vacune al menor antes de que pueda ingresar a la escuela

*Public Health Law 2164 requires immunizations be received prior to a child being allowed to enter school*

- ✓ **Identificación con foto del/de la padre/madre/tutor:** Licencia de conducir u otro documento de identificación

*Photo I.D. of the Parent/Guardian: Driver's License or Non-Driver I.D.*

- ✓ **Documentos de custodia:** Debe presentarlos si corresponde

*Custody Papers: If applicable are required*

- ✓ **Registros académicos:** Incluyendo constancias de estudios, libreta de calificaciones reciente y cualquier plan de educación especial de la escuela anterior (si corresponde). Si su hijo ha recibido servicios de educación especial o adaptaciones a través de un Programa de Educación Individualizado (IEP) o la Sección 504, firme el consentimiento para la divulgación de los registros de educación especial de manera que los servicios de educación especial puedan comenzar lo antes posible.

*Academic Records: Including transcripts, recent report cards and any Special Education Plans will be requested from previous school (if applicable). If your child has received special education service or accommodation through an Individualized Education Program (IEP) or a Section 504, please sign consent for the release of special education records so that special education services can begin as soon as possible.*

# DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE SAUGERTIES

## SAUGERTIES CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Buzón de llamadas A, Saugerties, New York 12477 Teléfono: (845) 247-6500

Call Box A, Saugerties, New York 12477 Telephone: (845) 247-6500

## FORMULARIO DE REGISTRO DE ESTUDIANTES

### STUDENT REGISTRATION FORM

#### Para uso exclusivo de la oficina

For Office Use Only

Escuela \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro/RR. HH. \_\_\_\_\_  
School Enter Date Grade Teacher/HR  
N.º de estudiante \_\_\_\_\_ Fuera del distrito \_\_\_\_\_ No es residente \_\_\_\_\_  
Student # Out of District Non Resident

- **ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE** Esta información se usará para los registros escolares y de logros académicos de su hijo/a. Si no contesta todas las preguntas y no escribe con letra legible, el proceso de inscripción podría retrasarse.

PLEASE PRINT LEGIBLY This information will be used for your child's school and achievement records. Failure to answer all questions and not printing legibly could delay the registration process.

**NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_  
STUDENT NAME Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
Last First MI

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **GRADO:** \_\_\_\_\_ **GÉNERO:** Masculino Femenino  
DATE OF BIRTH: GRADE: GENDER: Male Female

#### **DIRECCIÓN DE DOMICILIO** **HOUSEHOLD ADDRESS**

No Binario  
Non-Binary

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_  
RESIDENTIAL ADDRESS: N.º de casa \_\_\_\_\_ Nombre de la calle \_\_\_\_\_ N.º de apartamento \_\_\_\_\_ Ciudad o provincia \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
House # Street Name Apt. # City or Town Zip Code

**NÚMERO DE TELÉFONO FIJO:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
HOUSEHOLD PHONE NUMBER:

**DIRECCIÓN POSTAL (si es otra):** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_  
MAILING ADDRESS (if different): ZIP

#### **PADRE/MADRE/TUTOR QUE RESIDE EN LA DIRECCIÓN ANTERIOR:**

##### **PARENT/GUARDIAN(S) RESIDING AT THE ABOVE ADDRESS:**

Apellido \_\_\_\_\_, Nombre \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_, Nombre \_\_\_\_\_  
Last First Last First  
Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_  
Cell Phone: Work Phone: Cell Phone: Work Phone:  
Relación con el/la estudiante \_\_\_\_\_ Relación con el/la estudiante \_\_\_\_\_  
Relationship to Student (madre, padre, tutor, padrastro o madrastra) Relationship to Student (madre, padre, tutor, padrastro o madrastra)  
(mother, father, guardian, step-parent) (mother, father, guardian, step-parent)

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  
Email Address Email Address

Si es divorciado, separado o tutor, se debe presentar y verificar la prueba de custodia. La prueba de custodia se puede establecer a través de evidencia de un acuerdo de separación/divorcio, documentos de tutela por orden judicial o declaración jurada de custodia notarial de los padres o tutores. Esta información debe entregarse en el momento de la inscripción.

If divorced, separated, or guardian, proof of custody must be submitted and verified. Proof of custody may be established through evidence of a separation/divorce agreement, court ordered guardianship documents, or notarized custody affidavit from the parent(s) and/or guardian(s). This information must be provided at the time of registration.

## **SEGUNDO HOGAR**

### **SECONDARY HOUSEHOLD**

Si ambos padres no residen junto con el/la niño/a, se solicita una segunda dirección postal. (la dirección debe estar completa)

*If both parents are not residing together with the child, extra mailing is requested. (address must be complete)*

|                                                                       |                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del/de la padre/madre: _____<br><small>Parent Name:</small>    | Relación con el/la estudiante: _____<br><small>Relationship to Student:</small> |
| Dirección de residencia: _____<br><small>Residential Address:</small> | Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____<br><small>City ST Zip</small>     |
| Dirección postal: _____<br><small>Mailing Address:</small>            | Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____<br><small>City ST Zip</small>     |
| Teléfono fijo: _____<br><small>Household Phone:</small>               | Celular: _____<br><small>Cell Phone:</small>                                    |

**¿Este/a estudiante alguna vez estuvo inscrito/a en el Distrito Escolar Central de Saugerties? \_\_SÍ\_\_NO**

*Has this student ever been enrolled in the Saugerties Central School District?*

**YES**

**NO**

**Si la respuesta es sí, indique la escuela \_\_\_\_\_ Secundaria/Preparatoria \_\_\_\_\_ Cahill \_\_\_\_\_ Mt Marion**

*If yes, what school?*

Jr/Sr High

Cahill

Mt Marion

**Riccardi**

**Morse**

Riccardi

Morse

## **TODOS LOS MENORES - DE EDAD PREESCOLAR Y EDAD ESCOLAR QUE RESIDEN EN EL HOGAR:**

**ALL CHILDREN - PRE-SCHOOL AGE & SCHOOL AGE RESIDING IN HOUSEHOLD:**

| <b>Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)</b><br><small>Name (Last, First, MI)</small> | <b>Fecha de nacimiento</b><br><small>Date of Birth</small> | <b>Género</b><br><small>Gender</small> | <b>Grado</b><br><small>Grade</small> | <b>Escuela actual</b><br><small>Present School</small> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| _____                                                                                     | _____                                                      | M____F____                             | _____                                | _____                                                  |
| _____                                                                                     | _____                                                      | M____F____                             | _____                                | _____                                                  |
| _____                                                                                     | _____                                                      | M____F____                             | _____                                | _____                                                  |
| _____                                                                                     | _____                                                      | M____F____                             | _____                                | _____                                                  |
| _____                                                                                     | _____                                                      | M____F____                             | _____                                | _____                                                  |

# DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE SAUGERTIES

## SAUGERTIES CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Buzón de llamadas A, Saugerties, New York 12477 Teléfono: (845) 247-6500

Call Box A, Saugerties, New York 12477 Telephone: (845) 247-6500

### Programas especiales del/de la estudiante

#### Student's Special Programs

¿Su hijo/a ha sido retenido (repitió un grado)? Si es así, ¿qué grado? \_\_\_\_\_

Has your child been retained (repeated a grade)? If so, what grade?

Su hijo/a ha recibido: \_\_\_\_\_ Asesoramiento \_\_\_\_\_ Clases de matemática de nivelación  
Counseling Remedial Math  
\_\_\_\_\_ Habla \_\_\_\_\_ Clases de lectura de nivelación  
Speech Remedial Reading  
\_\_\_\_\_ Servicios del Idioma Inglés (ELL)  
English Language Services (ELL)  
\_\_\_\_\_ Otro (explique) \_\_\_\_\_  
Other (Explain)

Su hijo/a tiene un: \_\_\_\_\_ IEP \_\_\_\_\_ Plan 504

Does your child have an:

IEP

504 Plan

### Formación académica del/de la estudiante

#### Student's Educational Background

| Nombre de la escuela anterior<br>Previous School Name | Dirección de la escuela anterior<br>Previous School Address | Número de teléfono de la escuela<br>School Phone Number | Grado actual<br>Current Grade |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------|
|                                                       |                                                             |                                                         |                               |

### Información del/de la padre/madre

#### Parent Information

| Nombre de los padres | Vive<br>Living | Falleció<br>Deceased | Ocupación actual<br>Current Occupation | En servicio militar activo<br>On Current Active Military Duty |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|                      |                |                      |                                        |                                                               |
|                      |                |                      |                                        |                                                               |

Es política del Distrito que se entregue prueba de residencia dentro de los tres (3) días hábiles para completar la inscripción de un/a estudiante a fin de que asista al Distrito Escolar Central de Saugerties. El/ La estudiante mencionado/a anteriormente será inscrito/a inmediatamente, o tan pronto como sea posible, en espera de la decisión final del Distrito de que el/la estudiante es un/a residente del Distrito y tiene derecho a asistir a las escuelas del mismo sin costo de matrícula. Tenga en cuenta que, **en caso de que una familia viole el requisito de residencia, el Distrito Escolar Central de Saugerties tiene derecho a cobrar la matrícula atrasada por el período de tiempo que el/la estudiante asista a las escuelas del Distrito sin ser residente.**

It is the policy of the District that proof of residency be provided within three (3) business days in order to complete enrollment for a student to attend the Saugerties Central School District. The student listed above will be enrolled immediately, or as soon as practicable, pending a final determination by the District that the student is a resident of the District and is entitled to attend the schools of the District on a tuition free basis. Please be advised that, **in the event that a family violates the residency requirement, the Saugerties Central School District has the right to bill for back tuition for the period of time that the student(s) attended District schools as non-residents.**

Iniciales  
Initials

## **Certifico que soy residente del Distrito Escolar Central de Saugerties.**

*I certify that I am a resident of the Saugerties Central School District.*

---

**Firma**

*Signature*

---

**Fecha**

*Date*

**CUALQUIER PREGUNTA/INQUIETUD CON RESPECTO A LOS REQUISITOS DE  
INSCRIPCIÓN DEBE SER REVISADA POR LA OFICINA CENTRAL DE  
INSCRIPCIONES.**

**ANY QUESTIONS/CONCERNS REGARDING REGISTRATION REQUIREMENTS MUST BE REVIEWED BY THE CENTRAL REGISTRAR.**

Última actualización 08/10/2021 hr

*Last updated 10/08/2021 hr*

# DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE SAUGERTIES

## SAUGERTIES CENTRAL SCHOOL DISTRICT

### CUESTIONARIO DE RESIDENCIA PARA ESTUDIANTES

#### STUDENT RESIDENCY QUESTIONNAIRE

**ESTE CUESTIONARIO TRATA SOBRE LA LEY MCKINNEY-VENTO Título 42 Sección 11435 del Código de los Estados Unidos. LAS RESPUESTAS A ESTA INFORMACIÓN DE RESIDENCIA AYUDAN A DETERMINAR LOS SERVICIOS PARA LOS QUE EL/LA ESTUDIANTE PUEDE SER ELEGIBLE.**

*THIS QUESTIONNAIRE IS INTENDED TO ADDRESS THE MCKINNEY-VENTO ACT 42 U.S.C. 11435. THE ANSWERS TO THIS RESIDENCY INFORMATION HELP DETERMINE THE SERVICES THE STUDENT MAY BE ELIGIBLE TO RECEIVE.*

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

*Name of School:*

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: M F X

*Name of Student:*

Apellido

*Last*

Nombre

*First*

Segundo nombre

*Middle*

*Sex:*

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Birth Date:*

Edad: \_\_\_\_\_

*Age:*

N.º de identificación del estudiante \_\_\_\_\_

*Student ID #*

1. ¿Su dirección actual es un lugar donde vive temporalmente? \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

*Is your current address a temporary living arrangement?*

*YES*

*NO*

2. ¿Vive temporalmente en ese lugar debido a que perdió su hogar o por dificultades económicas? \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

*Is this temporary living arrangement due to loss of housing or economic hardship?*

*YES*

*NO*

3. Nombre del distrito escolar anterior donde estaba inscrito/a el/la estudiante \_\_\_\_\_

*Name of previous School District where student was enrolled*

4. ¿Cuál es su distrito escolar de preferencia? - Saugerties o el distrito escolar anterior \_\_\_\_\_

*What is your school district of choice - Saugerties or previous School District*

5. Si es Saugerties, firme el formulario adjunto (STAC-202)

*If Saugerties, please sign attached form (STAC-202)*

**Si respondió SÍ a las preguntas anteriores, complete el resto de este formulario antes de firmar. Si respondió NO, puede detenerse aquí y firmar ahora en el cuadro de abajo.**

*If you answered YES to the above questions, please complete the remainder of this form before signing. If you answered NO, you may stop here and sign now in the box below.*

¿Dónde vive actualmente el/la estudiante? (marque una casilla).

*Where is the student presently living (Please check one box)*

☐ En un motel

*In a motel*

☐ En un refugio

*In a shelter*

☐ Con más de una familia en una casa o apartamento

*With more than one family in a house or apartment*

☐ Se muda de un lugar a otro

*Moving from place to place*

☐ En un lugar no diseñado para dormir, como un automóvil, un parque o un lugar para acampar.

*In a place not designed for ordinary sleeping accommodations such as a car, park or campsite.*

Nombres de los padres/tutores \_\_\_\_\_

*Name of Parent(s)/Legal Guardian(s)*

Dirección \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

*Address*

*Zip*

*Phone*

¿Es esta una dirección temporal? \_\_\_\_\_. Si la respuesta es sí, de quién es la dirección \_\_\_\_\_.

*Is this a temporary address?*

*If yes, whose address is it*

Sí o No

*Yes or No*

Nombre y apellido

*First and Last Name*

¿Cuál es la relación con el/la estudiante? \_\_\_\_\_.

*What is the relationship to the student?*

**Presentar un registro falso o falsificar registros es un delito según la Sección 37.10 del Código Penal, y la inscripción de un/a menor con documentos falsos hace responsable a la persona del pago de la matrícula u otros costos. Código de Educación de Texas Sección 25.2002(3)(d).**

*Presenting a false record or falsifying records is an offense under Section 37.10, Penal code, and enrollment of the child under false documents subjects the person to liability for tuition or other costs. TEC Sec. 25.2002(3)(d).*

|                                                                                                            |                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <p>Firma del/de la padre/madre/tutor legal _____<br/><small>Signature of Parent/Legal Guardian</small></p> | <p>Fecha _____<br/><small>Date</small></p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

Para uso de la escuela:

*For school use:*

Certifico que el/la estudiante mencionado/a anteriormente califica para el Programa de Nutrición Infantil (Child Nutrition Program) bajo las disposiciones de la Ley McKinney-Vento.

*I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney- Vento Act.*

\_\_\_\_\_  
Fecha

Date

\_\_\_\_\_  
Alexis Bulich, McKinney-Vento Firma de la intermediaria



**Envíe la copia a Alexis Bulich en la escuela primaria SHS.**

*Please send copy to Alexis Nussbaumer at Saugerties High School.*



# DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE SAUGERTIES

## SAUGERTIES CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Buzón de llamadas A, Saugerties, New York 12477 Teléfono: (845) 247-6500

Call Box A, Saugerties, New York 12477 Telephone: (845) 247-6500

## CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

### STUDENT INFORMATION QUESTIONNAIRE

El Departamento de Educación del Estado de New York requiere la siguiente información para fines de recopilación de datos. Esta información no se usará para negar a los estudiantes residentes una educación pública adecuada y gratuita.

*The following information is required by the New York State Education Department for data collection purposes. This information shall not be used to deny resident students a Free Appropriate Public Education.*

### 1. INFORMACIÓN

#### INFORMATION

Nombre del/de la menor: \_\_\_\_\_

*Child's Name:*

Género: M / F / X

*Gender: M / F / X*

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Date of Birth:*

Nombre del/de la padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

*Parent/Guardian Name:*

### 2. ORIGEN ÉTNICO DEL/DE LA ESTUDIANTE

#### ETHNICITY OF STUDENT

**Hispano, latino o de origen español:** Hispano, latino o de origen español significa una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centroamericano o sudamericano o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza.

*Hispanic, Latino, or of Spanish origin:* Hispanic, Latino, or of Spanish origin means a person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

¿El/La estudiante es hispano, latino o de origen español? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

*Is the student Hispanic, Latino, or of Spanish origin?*

YES

NO

### 3. RAZA DEL/DE LA ESTUDIANTE (marque todas las que correspondan)

#### RACE OF STUDENT (Check all that apply)

- ☐ **Indio americano o nativo de Alaska:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norteamérica y Sudamérica (incluyendo Centroamérica) y que mantiene lazos con esas tribus o sentimientos de pertenencia a esas comunidades.

*American Indian or Alaska Native:* A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.

- ☐ **Asiático:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos del Lejano Oriente, Sudeste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

*Asian:* A person having origins in any of the peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand and Vietnam.

☐ **Negro o afroamericano:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

*Black or African-American: A person having origins in any of the Black racial groups of Africa.*

☐ **Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa o las islas del Pacífico.

*Native Hawaiian or Other Pacific Islander: A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or the Pacific Islands.*

☐ **Blanco:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del Norte o Medio Oriente.

*White: A person having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa, or the Middle East.*

#### 4. LUGAR DE NACIMIENTO DEL/DE LA ESTUDIANTE

##### *BIRTHPLACE OF STUDENT*

Ciudad: \_\_\_\_\_  
*City:*

Estado: \_\_\_\_\_  
*State:*

País: \_\_\_\_\_  
*Country:*

#### 5. CIUDADANÍA DEL/DE LA ESTUDIANTE

##### *CITIZENSHIP OF STUDENT*

Ciudadano/a de los Estados Unidos:      SÍ \_\_\_\_\_      NO \_\_\_\_\_  
*United States Citizen:*                              YES\_                              NO

Inmigrante:                              SÍ \_\_\_\_\_      NO \_\_\_\_\_  
*Immigrant:*                              YES                              NO

*Los niños y jóvenes inmigrantes se definen como personas que:*

*Immigrant children and youth are defined as individuals who:*

- *tienen entre 3 a 21 años de edad;*  
*are aged 3 through 21;*
- *nacieron dentro de los Estados Unidos;*  
*were not born inside the United States;*
- *no han asistido a una o más escuelas en los Estados Unidos durante más de 3 años académicos completos. Los meses no necesitan ser consecutivos.*  
*have not been attending one or more schools in the United States for more than 3 full academic years. The months need not be consecutive.*

Migrante:                              SÍ \_\_\_\_\_      NO \_\_\_\_\_  
*Migrant:*                              YES                              NO

*Un "menor migrante" o estudiante migrante se define como:*

*A "migratory child" or student is defined as:*

- *Un menor de 21 años de edad.*  
*A child not older than 21 years of age; AND*
- *El menor tiene derecho a una educación pública gratuita y adecuada, o FAPE, según la ley estatal o tiene menos de la edad de asistencia obligatoria.*  
*The child is entitled to a free appropriate public education, or FAPE, under state law or is below the age of compulsory attendance; AND*
- *El menor es un trabajador agrícola migrante o un pescador migrante, o el menor tiene un padre, cónyuge o tutor que es un trabajador agrícola migrante o un pescador migrante.*  
*The child is a migratory agricultural worker or a migratory fisher, or the child has a parent, spouse, or guardian who is a migratory agricultural worker or a migratory fisher; AND*
- *El menor se ha mudado de un distrito escolar a otro dentro de los 36 meses anteriores para buscar u obtener trabajo calificado, o para acompañar o unirse al trabajador agrícola migrante o pescador migrante que es su padre, cónyuge o tutor para buscar u obtener trabajo calificado. Tenga en cuenta que TODAS estas condiciones deben cumplirse para que el estudiante cumpla con la definición.*  
*The child has moved from one school district to another within the preceding 36 months in order to seek or obtain qualifying work, or to accompany or join the migratory agricultural worker or migratory fisher who is a parent, spouse, or guardian in order to seek or obtain qualifying work. Notice that ALL of these conditions must be met in order for the student to meet the definition.*

**País de origen del/de la estudiante/último país de residencia:** \_\_\_\_\_  
*Student Country of Origin/Last Country of Residence:*  
**(el último país en el que vivió el/la estudiante)**  
*(the last country that the student lived in)*

**Primer mes y año de ingreso del/de la estudiante a los Estados Unidos.:** \_\_\_\_\_  
*First Month and Year of Student Entry to U.S.:*

**Mes y año en que el/la estudiante ingresó a las escuelas de los Estados Unidos:** \_\_\_\_\_  
*Month and Year Student Entered U.S. Schools:*

\_\_\_\_\_  
**Firma del/de la padre/madre/tutor**  
*Parent/Guardian Signature*

\_\_\_\_\_  
**Fecha**  
*Date*



Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594  
Brooklyn, New York 11217  
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB  
Albany, New York 12234  
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire - HLQ)

Estimados padres o persona en relación parental:  
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.

|                                                        |                |                                                                         |
|--------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE:                                 |                |                                                                         |
| Nombre                                                 | Segundo nombre | Apellido                                                                |
| FECHA DE NACIMIENTO:                                   |                | GÉNERO:                                                                 |
| Mes                                                    | Día            | Año                                                                     |
|                                                        |                | <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |
| INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL |                |                                                                         |
|                                                        |                |                                                                         |
| Apellido                                               | Primer Nombre  | Relación con el estudiante                                              |

HOME LANGUAGE CODE

|                                                                                        |                                                                   |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Conocimientos de idiomas<br>(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables) |                                                                   |                                                          |
| 1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?                 | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro     | especifique                                              |
| 2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?                                 | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro     | especifique                                              |
| 3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?                                  | <input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 | especifique                                              |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> Tutor(es)                                | especifique                                              |
| 4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?                                          | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro     | especifique                                              |
| 5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?                                             | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro     | <input type="checkbox"/> No sabe hablar<br>especifique   |
| 6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?                                               | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro     | <input type="checkbox"/> No sabe leer<br>especifique     |
| 7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?                                           | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro     | <input type="checkbox"/> No sabe escribir<br>especifique |

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

## Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

| <b>Historial Educativo</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8.                         | Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 9.                         | <p>¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.</p> <p>Sí*    No    No se sabe</p> <p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>    * En caso afirmativo, por favor explique: _____</p> <p>¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales?    <input type="checkbox"/> Poca gravedad    <input type="checkbox"/> Algo grave    <input type="checkbox"/> Muy grave</p> |
| 10a.                       | <p>¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial?    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Sí* *Por favor, llene 10b.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 10b.                       | <p>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?</p> <p><input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____</p> <p>Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):</p> <p><input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana)    <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial)    <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial)</p>                    |
| 10c.                       | <p>¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)?    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Sí</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 11.                        | <p>¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 12.                        | <p>¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

\_\_\_\_\_

*Firma de un padre o de la persona en relación paternal*

Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**Fecha**

Relación con el estudiante:    ☐ Padre    ☐ Otra: \_\_\_\_\_

| OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAME: _____                                                                                                                                                                                      | POSITION: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| NAME: _____                                                                                                                                                                                      | POSITION: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>_____ MO.</span> <span>_____ DAY</span> <span>_____ YR.</span> </div>  | <b>OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL<br/> <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT<br/> <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM </div>                                       |
| NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| NAME: _____                                                                                                                                                                                      | POSITION: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>_____ MO.</span> <span>_____ DAY</span> <span>_____ YR.</span> </div> | <b>PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <input type="checkbox"/> ENTERING    <input type="checkbox"/> EMERGING    <input type="checkbox"/> TRANSITIONING    <input type="checkbox"/> EXPANDING    <input type="checkbox"/> COMMANDING </div> |
| FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

# DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE SAUGERTIES

## SAUGERTIES CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Buzón de llamadas A, Saugerties, New York 12477 Teléfono: (845) 247-6500

Call Box A, Saugerties, New York 12477 Telephone: (845) 247-6500

### Formulario de información de emergencia para padres/tutores

#### Parent/Guardian Emergency Information Form

**Escriba con letra legible.** Para garantizar que la información sea precisa, es **OBLIGATORIO** que los padres/tutores **FIRMEN Y COLOQUEN LA FECHA** en el Formulario de información de estudiantes de **cada estudiante** inscrito/a en el Distrito Escolar Central de Saugerties.

**Please print legibly.** To ensure accurate information, it is **MANDATORY** that parents/guardians **SIGN AND DATE** this Student Information Form for **each student** enrolled within the Saugerties Central School District.

|                                                                                                                                                                                              |                                                          |                                                                                                                                                                                                      |                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Maestro:</b><br><i>Teacher:</i>                                                                                                                                                           | <b>Período de inscripción:</b><br><i>Homeroom:</i>       | <b>Identificación del estudiante:</b><br><i>Student ID:</i><br><b>Identificación del familiar:</b><br><i>Family ID:</i>                                                                              | <b>Fecha de actualización</b><br><i>Date Updated</i><br>____/____/____        |
| <b>Nombre del estudiante</b><br><i>Student Name</i>                                                                                                                                          | <b>Apellido</b><br><i>Last Name</i>                      | <b>Nombre</b><br><i>First Name</i>                                                                                                                                                                   | <b>Segundo nombre</b><br><i>MI</i>                                            |
| <b>Dirección de residencia del estudiante</b><br><i>Student Residence Address</i>                                                                                                            | <b>N.º de calle/ apartamento</b><br><i>Street/Apt. #</i> | <b>Ciudad</b><br><i>City</i>                                                                                                                                                                         | <b>Estado, código postal</b><br><i>State, Zip</i>                             |
| <b>Dirección postal del estudiante</b><br><i>Student Mailing Address</i>                                                                                                                     | <b>Casilla postal</b><br><i>Post Office Box</i>          | <b>Ciudad</b><br><i>City</i>                                                                                                                                                                         | <b>Estado, código postal</b><br><i>State, Zip</i>                             |
| <b>Teléfono fijo del/de la estudiante</b><br><i>Student Household Telephone</i>                                                                                                              |                                                          | <b>Grado actual</b><br><i>Current Grade</i>                                                                                                                                                          |                                                                               |
| <b>Lugar de nacimiento del/de la estudiante (ciudad/estado)</b><br><i>Student Birth Place (city/state)</i><br><b>País de nacimiento del/de la estudiante</b><br><i>Student Birth Country</i> |                                                          | <b>Fecha de nacimiento del/de la estudiante</b><br><i>Students Birth Date</i>                                                                                                                        |                                                                               |
| <b>Nombre del/de la padre/madre/tutor</b><br><i>Parent/Guardian Name</i>                                                                                                                     |                                                          | <b>¿Es el/a estudiante un/a ciudadano/a estadounidense?</b><br><i>Is student a US Citizen</i><br><b>Fecha en que el/la estudiante ingresó a los Estados Unidos</b><br><i>Date Student Entered US</i> | <b>S o N</b><br><i>Y or N</i><br><b>Fecha:</b> ____/____/____<br><i>Date:</i> |
| <b>Solo la primaria</b><br><i>Elementary Only</i><br>Contacto en caso de salida temprana<br><i>Early Dismissal Contact</i>                                                                   | <b>Nombre y teléfono:</b><br><i>Name and Telephone:</i>  |                                                                                                                                                                                                      |                                                                               |

**Si la tutela o la dirección de residencia han cambiado,** debe comunicarse con la secretaria del recinto escolar para solicitar el formulario de cambio de dirección requerido o los requisitos de presentación de documentación de tutela.

**If guardianship or residential address has changed,** you must contact the building secretary to request the required change of address form or guardianship filing requirements.

**Información de contacto de emergencia:** Si no se puede localizar a un padre/tutor, las siguientes personas están autorizadas a recoger a mi hijo/a y pueden ser contactadas durante el horario escolar a los números indicados. **Incluya a 3 personas que no sean los padres.**

**Emergency Contact Information:** If a Parent/Guardian cannot be reached, the individuals below are authorized to pick up my child and can be reached during school hours at the numbers listed. **Please list 3 individuals other than the parents.**

|                                                               |                                        |                                                    |                                                              |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>Contacto de emergencia 1</i><br><i>Emergency Contact 1</i> | <i>Relación</i><br><i>Relationship</i> | <i>Teléfono fijo</i><br><i>Household Telephone</i> | <i>Teléfono alternativo</i><br><i>Alternate Phone</i>        |
|                                                               |                                        |                                                    | Trabajo _____<br><i>Work</i><br>Celular _____<br><i>Cell</i> |
| <i>Contacto de emergencia 2</i><br><i>Emergency Contact 2</i> | <i>Relación</i><br><i>Relationship</i> | <i>Teléfono</i><br><i>Telephone</i>                | <i>Teléfono alternativo</i><br><i>Alternate Phone</i>        |
|                                                               |                                        |                                                    | Trabajo _____<br><i>Work</i><br>Celular _____<br><i>Cell</i> |
| <i>Contacto de emergencia 3</i><br><i>Emergency Contact 3</i> | <i>Relación</i><br><i>Relationship</i> | <i>Teléfono</i><br><i>Telephone</i>                | <i>Teléfono alternativo</i><br><i>Alternate Phone</i>        |
|                                                               |                                        |                                                    | Trabajo _____<br><i>Work</i><br>Celular _____<br><i>Cell</i> |

### **Información de emergencia y salud**

#### **Emergency & Health Information**

En caso de sufrir un accidente grave o enfermarse en la escuela, su hijo/a será enviado/a a un centro médico de emergencia. **Si su hijo/a está recibiendo tratamiento actualmente por una condición médica o requerirá la administración de medicamentos durante el día escolar, debe notificar al centro de salud por teléfono o en persona.** Su médico debe llenar y firmar formularios especiales de salud antes de poder administrar CUALQUIER medicamento a su hijo/a.

*In case of serious accident or illness at school, your child will be sent to an emergency medical facility. **If your child is currently under treatment for a medical condition and/or will require medication administration during the school day, you must notify the health office via phone or in person.** Special health forms must be completed and signed by your physician before ANY medication can be administered to your child.*

|                                                |                            |
|------------------------------------------------|----------------------------|
| Nombre del médico:<br><i>Physician's Name:</i> | Teléfono:<br><i>Phone:</i> |
|------------------------------------------------|----------------------------|

Comentarios de salud: \_\_\_\_\_  
*Health Comments:*

¿Necesitas una intérprete? \_\_\_\_\_  
*Do you need a translator?*

**Firma del/de la padre/madre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
*Parent / Guardian Signature* *Date:*





# DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE SAUGERTIES

SAUGERTIES CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Buzón de llamadas A

Call Box A

310 Washington Avenue Ext.

Saugerties, New York 12477

(845) 247-6500

www.saugerties.k12.ny.us

## Información de salud para estudiantes que ingresan a los grados desde Kindergarten al 12

### Health Information for Students Entering Grades Kindergarten – 12

|                                                                     |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Nombre del/de la estudiante:<br><i>Student Name:</i>                | Fecha de nacimiento:<br><i>Date of Birth:</i>      |
| Lugar de nacimiento:<br><i>Place of Birth:</i>                      | Teléfono fijo:<br><i>Home Phone:</i>               |
| Nombre del/de la padre/madre/tutor:<br><i>Parent/Guardian Name:</i> | Teléfono de emergencia:<br><i>Emergency Phone:</i> |
| Nombre del médico:<br><i>Physician's Name:</i>                      | Teléfono del médico:<br><i>Physician's Phone:</i>  |

### Antecedentes médicos del/de la menor

#### Child's Health History

Encierre en un círculo SÍ o NO si el/la menor ha tenido alguna de las siguientes condiciones. Si la respuesta es SÍ, brinde la información solicitada.

Please Circle YES or NO if the child has had any of the following conditions. If YES, please provide the requested information.

|                                                                                  |                 |                  |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|------------------------------|
| Varicela<br><i>Chicken Pox</i>                                                   | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> | Fecha(s):<br><i>Date(s):</i> |
| Rubeola (German Measels)<br><i>Rubella (German Measels)</i>                      | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> | Fecha(s):<br><i>Date(s):</i> |
| Hepatitis<br><i>Hepatitis</i>                                                    | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> | Fecha(s):<br><i>Date(s):</i> |
| Mononucleosis<br><i>Mononucleosis</i>                                            | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> | Fecha(s):<br><i>Date(s):</i> |
| Paperas<br><i>Mumps</i>                                                          | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> | Fecha(s):<br><i>Date(s):</i> |
| Neumonía<br><i>Pneumonia</i>                                                     | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> | Fecha(s):<br><i>Date(s):</i> |
| Fiebre reumática<br><i>Rheumatic Fever</i>                                       | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> | Fecha(s):<br><i>Date(s):</i> |
| Fiebre escarlata/amigdalitis estreptocócica<br><i>Scarlet Fever/Strep Throat</i> | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> | Fecha(s):<br><i>Date(s):</i> |
| Fiebre alta<br><i>High Fever</i>                                                 | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> | Fecha(s):<br><i>Date(s):</i> |
| Episodios de convulsiones, epilepsia<br><i>Convulsions, Seizures, or Spells</i>  | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> | Fecha(s):<br><i>Date(s):</i> |

**Al anotar los medicamentos, incluya TODOS los medicamentos que toma el/la estudiante, en casa o en la escuela. Consulte la Política de Medicamentos Recetados del distrito para autorizar la administración de medicamentos en la escuela.**

When noting medications, please list ALL medications the student takes, at home or at school. Please see the district's Prescriptive Medication Policy to give permission for medications to be administered in school.

|                                    |                                                     |                  |                  | <u>Medicamento</u><br><i>Medication</i> | <u>Dosis</u><br><i>Dose</i> | <u>Horas</u><br><i>Times</i> |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------|------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Asma<br><i>Asthma</i>              | No<br><i>No</i>                                     | Sí<br><i>Yes</i> |                  |                                         |                             |                              |
| Alergia a:<br><i>Allergies to:</i> | Medicamento<br><i>Medication</i>                    | No<br><i>No</i>  | Sí<br><i>Yes</i> |                                         |                             |                              |
|                                    | Comida<br><i>Food</i>                               | No<br><i>No</i>  | Sí<br><i>Yes</i> |                                         |                             |                              |
|                                    | Insectos<br><i>Insects</i>                          | No<br><i>No</i>  | Sí<br><i>Yes</i> |                                         |                             |                              |
|                                    | Otra (especifique)<br><i>Other (Please Specify)</i> | No<br><i>No</i>  | Sí<br><i>Yes</i> |                                         |                             |                              |
| Diabetes<br><i>Diabetes</i>        | No<br><i>No</i>                                     | Sí<br><i>Yes</i> |                  |                                         |                             |                              |

|                                                                                 |                 |                  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|--|--|--|
| <b>Hemorragias nasales</b><br><i>Nosebleeds</i>                                 | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> |  |  |  |
| <b>Tuberculosis o contacto con TB</b><br><i>Tuberculosis or contact with TB</i> | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> |  |  |  |
| <b>Condición cardíaca</b><br><i>Heart Condition</i>                             | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> |  |  |  |
| <b>Otra:</b> _____<br><i>Other:</i>                                             | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> |  |  |  |
| <b>Otra:</b> _____<br><i>Other:</i>                                             | No<br><i>No</i> | Sí<br><i>Yes</i> |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |                          |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Nombre del/de la estudiante: {<br><small>Student Name:</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         |                          |                                                              |
| <b>Encierre en un círculo SÍ o NO si el/la menor ha tenido alguna de las siguientes enfermedades. Si la respuesta es SÍ, brinde la siguiente información solicitada.</b><br><small>Please Circle YES or NO if the child has had any of the following illnesses. If YES, please provide the requested information.</small>                                            |                         |                          |                                                              |
| <b>Problemas visuales</b><br><small>Visual Problems</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No<br><small>No</small> | Sí<br><small>Yes</small> | <b>Especialista:</b><br><small>Specialist:</small>           |
| <b>Usa anteojos</b><br><small>Wears Glasses</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No<br><small>No</small> | Sí<br><small>Yes</small> |                                                              |
| <b>Problema auditivo</b><br><small>Hearing Problem</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No<br><small>No</small> | Sí<br><small>Yes</small> | <b>Especialista:</b><br><small>Specialist:</small>           |
| <b>Prótesis auditiva</b><br><small>Hearing Aid</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | No<br><small>No</small> | Sí<br><small>Yes</small> |                                                              |
| <b>Problema auditivo/nasal/con la garganta</b><br><small>Ear/Nose/Throat Condition</small>                                                                                                                                                                                                                                                                           | No<br><small>No</small> | Sí<br><small>Yes</small> | <b>Especialista:</b><br><small>Specialist:</small>           |
| <b>¿El/La menor ha aprendido a usar el baño?</b><br><small>Is the child toilet trained?</small>                                                                                                                                                                                                                                                                      | No<br><small>No</small> | Sí<br><small>Yes</small> |                                                              |
| <b>¿El/La menor moja la cama?</b><br><small>Does the child wet the bed?</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No<br><small>No</small> | Sí<br><small>Yes</small> |                                                              |
| <b>¿El/La menor ha sido sometido a alguna operación?</b><br><small>Has the child had any operations?</small>                                                                                                                                                                                                                                                         | No<br><small>No</small> | Sí<br><small>Yes</small> | <b>Tipo y fecha:</b><br><small>Type and Date(s):</small>     |
| <b>¿El/La menor ha sido hospitalizado?</b><br><small>Has the child been hospitalized?</small>                                                                                                                                                                                                                                                                        | No<br><small>No</small> | Sí<br><small>Yes</small> | <b>Motivo y fecha:</b><br><small>Reason and date(s):</small> |
| <b>Responda las siguientes preguntas. Escriba “ninguna” si la pregunta no corresponde.</b><br><small>Please answer the following questions. Write “none” if the question does not apply.</small>                                                                                                                                                                     |                         |                          |                                                              |
| <b>Mencione todas las malformaciones o discapacidades:</b><br><small>Please list any physical deformities or disabilities:</small>                                                                                                                                                                                                                                   |                         |                          |                                                              |
| <b>Otras enfermedades o condiciones (describalas):</b><br><small>Other diseases or conditions (please describe):</small>                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                          |                                                              |
| <b>Mencione cualquier accidente o lesión que haya tenido el/la menor:</b><br><small>Please list any accidents or injuries the child has had:</small>                                                                                                                                                                                                                 |                         |                          |                                                              |
| <b>¿Hay algo más relacionado con la salud, el comportamiento o el desarrollo del/de la menor que la escuela deba saber para poder tomar medidas especiales? Describalo.</b><br><small>Is there anything else concerning the health, behavior, or development of this child that the school should know in order to make special provisions? Please describe.</small> |                         |                          |                                                              |

\_\_\_\_\_  
 (Firma del/de la padre/madre/tutor)  
(Parent/Guardian Signature)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha)  
(Date)