

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN A UN PROGRAMA DE 3-K DE JORNADA COMPLETA EN UN CENTRO DE EDUCACIÓN TEMPRANA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK, (NEW YORK CITY EARLY EDUCATION CENTER, NYCEEC) PARA EL AÑO ESCOLAR 2019–2020

**INSTRUCCIONES:**

Escriba en letra de imprenta y use solamente tinta azul o negra. Tenga en cuenta que sólo los padres o tutores que vivan en la Ciudad de Nueva York podrán presentar el formulario de inscripción. Firme el formulario y entréguelo directamente en cada uno de los centros NYCEEC a los cuales desea solicitar cupo. Asegúrese de fotocopiar este formulario y guardar la copia como comprobante. Para obtener una lista de los centros NYCEEC, consulte el Directorio de prekínder disponible en la escuela o centro NYCEEC más cercano, o por internet en [nyc.gov/3k](http://nyc.gov/3k).

**NOMBRE DEL NYCEEC AL CUAL SE QUIERE INSCRIBIR:** \_\_\_\_\_

<b>Sección A: INFORMACIÓN DEL ALUMNO. Escriba de manera legible y con tinta</b>			
APELLIDO DEL ALUMNO	NOMBRE DEL ALUMNO	FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	SEXO (opcional)
		/ / 2016	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DIRECCIÓN ACTUAL DEL ALUMNO (Nº, calle, Nº de apartamento, ciudad, estado, código postal)		DISTRITO SEDE DEL ESTUDIANTE (opcional)	

<b>Sección B: INFORMACIÓN OPCIONAL – Escriba de manera legible y con tinta</b>
<b>SEGURO MÉDICO</b>
¿El estudiante tiene seguro médico?
<input type="checkbox"/> Sí    Si su respuesta es sí, ¿qué tipo de cobertura tiene? <input type="checkbox"/> Seguro médico privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Child Health Plus B
<input type="checkbox"/> No    Si su respuesta es no, ¿le gustaría que lo llamaran para ofrecerle cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>IDIOMA EN EL HOGAR</b>
¿En qué idioma(s) le gustaría recibir información escrita y oral acerca del proceso de inscripción en 3-K? Marque todas las opciones que correspondan:
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Bengali <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Haitiano Criollo <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Urdu
<input type="checkbox"/> Otro, por favor sea específico: _____

<b>Sección C: INFORMACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA – Escriba de manera legible y con tinta</b>		
Entiendo que la asistencia diaria y la puntualidad hacen parte de los requisitos. Tengo que encargarme de que un adulto responsable lleve a mi hijo a la escuela y lo recoja todos los días. Soy consciente de que no se proporcionan servicios de transporte.		
APELLIDO DEL PADRE O TUTOR	NOMBRE DEL PADRE O TUTOR	PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE
TELÉFONO DURANTE EL DÍA	TELÉFONO DURANTE LA NOCHE	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE O TUTOR
Firma del padre o tutor	Fecha	

Para el padre o tutor:

La ley federal exige que el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York recopile y registre la identidad étnica y racial de los estudiantes de las escuelas públicas. Esta información se utiliza para determinar, entre otras cosas, el financiamiento para su escuela y se mantiene de forma segura y confidencial.

Para hacer esta tarea necesitamos su ayuda. Por favor responda las preguntas sobre la identificación racial y étnica que están al dorso de esta página. La primera pregunta le ofrece la oportunidad de indicar si su hijo es hispano, latino o de origen hispano. La segunda pregunta le brinda la oportunidad de indicar la(s) raza(s) de su hijo. Asegúrese de contestar ambas preguntas. Los estudiantes que se identifiquen con más de una raza serán computados en la categoría "dos o más razas". Los estudiantes hispanos de todas las razas serán ubicados en la categoría hispano.

El Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York entiende que este es un proceso delicado. Las opciones ofrecidas por el gobierno federal quizás no representen de forma precisa y completa la descripción de su propia familia acerca de su identificación étnica y racial. Lo alentamos a que ofrezca respuestas basadas en su buen juicio. Si se niega a responder ambas preguntas las normas establecen que el personal de las escuelas del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York identifiquen a su hijo en nombre suyo.

La información acerca de la raza y la etnia de los estudiantes está protegida por normas de confidencialidad citadas al pie de esta página.

Gracias por su cooperación.

Padres y tutores: por favor completen el formulario que se encuentra al dorso de esta página y devuélvanlo a la escuela de su hijo.

Personal de la escuela: archiven el formulario una vez completo en la carpeta del expediente acumulativo del estudiante en calidad de información confidencial.

Normas y procedimientos acerca de la confidencialidad de la información

La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), promulgada en 1974 y las Disposiciones del Canciller A-820 prohíben el acceso y la entrega de cualquier archivo que identifique al estudiante, bien por su nombre, o bien por su número de carné estudiantil.

<sup>1</sup> La raza de un estudiante puede ser tenida en cuenta durante la inscripción escolar únicamente si lo requiere una orden judicial. El sexo del estudiante es un factor determinante solo en escuelas que aceptan alumnos de un mismo sexo.

- Todos los estudiantes con edades entre 5 y 21 años tienen derecho a recibir una educación pública gratuita.
- La ley federal exige que el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York recopile y registre la identidad étnica y racial de los estudiantes de las escuelas públicas.
- No se les podrá negar a los niños el ingreso a una escuela pública debido a raza, color, credo, nacionalidad, género, identidad sexual, embarazo, estatus de inmigración o ciudadanía, discapacidad, orientación sexual, religión o grupo étnico.<sup>1</sup>

**Solamente en inglés**

**PERSONAL DE LA ESCUELA: POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN**

Municipio  Distrito  Escuela

Nombre de la escuela secundaria/  
mini escuela o anexo -----

Código del grado  Código de la clase   
 (SOLO 4 DÍGITOS PARA LA ESCUELA SECUNDARIA)

Número de identificación estudiantil de la Ciudad de Nueva York   
 Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Nombre completo del estudiante: apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre

**PADRES O TUTORES: POR FAVOR COMPLETEN ESTA SECCIÓN**

**POR FAVOR RESPONDA AMBAS PREGUNTAS (1) Y (2). LÉALAS ANTES DE RESPONDER.**

Para responder la pregunta (1) haga una marca (√) en el casillero que mejor describa a su hijo.

**1. ¿El estudiante es hispano, latino o de origen hispano?** Hispano, latino o de origen hispano comprende a personas procedentes de Cuba, República Dominicana, México, Puerto Rico, América central o Sudamérica, o de otras culturas u orígenes hispanos sin tener en cuenta la raza de dichas personas.

**SÍ, hispano**

**NO, no hispano**

Para responder la pregunta (2) haga una marca (√) en **todos** los casilleros que se apliquen a su hijo.

**2. Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales.**

**INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS O DE ALASKA:** una persona ascendiente de cualquier pueblo originario de América del Norte y de América del Sur (incluye América Central) (Código ATS: B)

**ASIÁTICO:** una persona ascendiente de cualquier pueblo originario del Lejano Oriente, del Sudeste Asiático o del Subcontinente Indio. Incluye por ejemplo a Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam. (Código ATS: C)

**INDÍGENA DE HAWAI O DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO:** una persona ascendiente de cualquier pueblo originario de Hawai, Guam o de otras islas del Pacífico. (Código ATS: D)

**RAZA NEGRA:** una persona ascendiente de cualquier grupo de raza negra del África. (Código ATS: E)

**RAZA BLANCA:** una persona ascendiente de cualquier pueblo originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente. (Código ATS: F)

Firma del padre, tutor, persona encargada u observador del personal escolar:

Fecha:

Parentesco con el estudiante:

Padre  Tutor  Otro  Observador del personal de la escuela (nombre):

**CUESTIONARIO DE VIVIENDA**

Padre / madre / tutor / estudiante:

Este cuestionario tiene el objetivo de abordar la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435 y debe ser respondido por todos los estudiantes. **La información que aporte es confidencial.** Su hijo no será discriminado en base a la información proporcionada.

Por favor, responda las siguientes preguntas relacionadas con la vivienda del estudiante a fin de determinar los servicios que podría recibir.

**Aviso a las escuelas y a las personas de enlace de vivienda temporal:** Por favor, ayuden a los estudiantes y a las familias a completar este formulario. No incluyan simplemente el formulario en el paquete de inscripción, porque si el estudiante cumple con los requisitos como residente de una vivienda temporaria, **no es necesario que envíe un comprobante de domicilio** ni otros documentos obligatorios que puedan llegar a ser parte del paquete de inscripción. Sin el consentimiento de los padres, el distrito no puede revelar información sobre el estatus de vivienda.

Nombre del alumno			
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
N.º de OSIS	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo	Escuela

Por favor, identifique las condiciones actuales de vivienda del estudiante. Marque una casilla.

Selección del cuestionario de vivienda		Para uso de la escuela Solamente
Marque con una (v)		ATS Code
	<b>Vivienda compartida</b> Vive con otra familia o persona debido a la pérdida del hogar o como resultado de problemas económicos	<b>D</b>
	<b>Albergue</b> Vive en un albergue o refugio temporal	<b>S</b>
	<b>Hotel / Motel</b> Vive en un lugar que NO es un albergue o refugio temporal <b>y</b> que implica pagos.	<b>H</b>
	<b>Otra situación de vivienda temporal</b> Vive en una zona de casas móviles, campamento, automóvil, parque, espacio público, edificio abandonado, calle o cualquier otro lugar inadecuado	<b>T</b>
	<b>Vivienda permanente</b> Vive en condiciones de vivienda fijas, normales y adecuadas	<b>P</b>

En caso de que el estudiante **NO** viva en una vivienda permanente, indique si lo siguiente también aplica:

		Para uso de la escuela Solamente
	<b>Menor sin acompañante</b> Joven que no se encuentra bajo la custodia física de un padre o tutor	<b>Enter "Y" if applicable</b>

Padre/Tutor (en letra de imprenta)

Firma del padre/tutor

Fecha

Entregue este formulario en la escuela de su hijo conforme a lo solicitado.

**Atención:** La respuesta que coloque arriba ayudará a determinar qué servicios podrían recibir usted o su hijo de conformidad con la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley tienen derecho a inscribirse de forma inmediata en la escuela, incluso si no poseen los documentos que normalmente se necesitan, tales como comprobante de domicilio, expediente escolar, certificado de vacunación o certificado de nacimiento. Después de que el alumno se haya inscrito, la nueva escuela debe comunicarse con el establecimiento en el que estudiaba el joven para pedir el expediente educativo, incluidos el certificado de vacunación, y estudiantes en vivienda temporaria (STH). La(s) persona(s) de enlace deben ayudar al estudiante a obtener cualesquiera otros documentos o inmunizaciones que hagan falta. Los estudiantes amparados bajo la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y a otros servicios. Por favor remítase a la Disposición A-780 del Canciller.

**Este formulario tiene adjunto un documento de una página titulado "Ley McKinney-Vento de Asistencia a Indigentes: Guía de padres y estudiantes en vivienda temporal".**

## Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York

### Encuesta acerca de las necesidades lingüísticas en prejardín de infantes

Estimados padres o tutores de \_\_\_\_\_ (enter student name here)  
 Esta encuesta es una parte importante de su paquete de preinscripción en prejardín de infantes porque le da a su nueva escuela información acerca de las necesidades de idioma de su familia. Apreciamos en grado sumo su ayuda al responder las preguntas a continuación. Por favor, entréguele este formulario al administrador de su escuela, \_\_\_\_\_, y si usted tiene preguntas, hable con \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Gracias

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

**PARTE 1. NECESIDADES LINGÜÍSTICAS:** esta información determina cuál es el idioma que se habla en el hogar y el idioma de enseñanza pedido por la familia (si está disponible).

1. ¿Qué idioma(s) habla usted en el hogar? Por favor marque (✓) todo lo que sea pertinente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés<br><input type="checkbox"/> Español<br><input type="checkbox"/> Chino<br><input type="checkbox"/> Bengali<br><input type="checkbox"/> Árabe<br><input type="checkbox"/> Haitiano criollo<br><input type="checkbox"/> Ruso | <input type="checkbox"/> Urdu<br><input type="checkbox"/> Francés<br><input type="checkbox"/> Coreano<br><input type="checkbox"/> Albanés<br><input type="checkbox"/> Panyabí<br><input type="checkbox"/> Polaco<br><input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____ |
|---|--|

2. ¿Qué idioma **entiende** el niño?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

3. ¿Qué idioma **habla** el niño?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

4. ¿Qué idioma **lee** el niño?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) : No lee todavía

5. ¿Qué idioma **escribe** el niño?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) : No escribe todavía

6. ¿Qué idioma se habla en el hogar o la residencia del niño **la mayor parte del tiempo**?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

7. ¿Qué idioma habla el niño con sus padres o tutores **la mayor parte del tiempo**?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

8. ¿Qué idioma habla el niño con hermanos, hermanas, o amigos **la mayor parte del tiempo**?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

9. ¿Qué idioma habla el niño con otros familiares o proveedores de cuidados (por ejemplo, niñeras) **casi siempre**?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

10. ¿Le gustaría que su hijo reciba enseñanza en su idioma nativo? (si está disponible):

Todo el tiempo  Casi siempre  A veces

## Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York

### Encuesta acerca de las necesidades lingüísticas en pre jardín de infantes

**PARTE 2. PLANIFICACIÓN EDUCATIVA:** las respuestas a estas preguntas suplementarias se usarán para la planificación educativa. Ingrese la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas pertinentes a su hijo.

1.	¿Es ésta la primera vez que su hijo participa en un programa de enseñanza o experiencia de grupo en Estados Unidos?	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	SI RESPONDE NO:	
	a. ¿Dónde participó: cuidado diario / preescolar / grupo de juego ( <i>play group</i> )?	
	b. ¿Cuál fue la fecha de inscripción?	
	c. ¿Por cuánto tiempo participó?	
	d. ¿Qué idioma se usó para la enseñanza?	
2.	¿Su hijo ha participado en un programa de enseñanza o experiencia de grupo en <u>otro país</u> ?	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	SI RESPONDE SÍ:	
	a. ¿Dónde participó: cuidado diario / preescolar / grupo de juego ( <i>play group</i> )?	
	b. ¿Por cuánto tiempo participó?	
	c. ¿Qué idioma se usó para la enseñanza?	
3.	¿Presenta su hijo algún problema que requiera ayuda o atención especial en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si responde SÍ, por favor marque todas las opciones que correspondan:	
	<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Discapacidad emocional
	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Asma
	<input type="checkbox"/> Discapacidad en el habla	<input type="checkbox"/> Trastornos en el desarrollo
	<input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)_____
	Si responde SÍ, ¿qué tipo de intervención en la primera infancia recibió su hijo?	
4.	¿Usa el niño cualquier otra forma de comunicación, como lenguaje de señas americano o un aparato para la comunicación aumentativa (por ejemplo, tablero de comunicaciones: manual / electrónico)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	SI RESPONDE SÍ: ¿Cuáles?	

**PARTE 3. INFORMACIÓN DE LOS PADRES:** Las respuestas a estas preguntas suplementarias se usarán para que el Departamento de Educación se pueda comunicar con usted en el idioma de su preferencia.

1.	¿Cuál es su idioma materno?		
	Padres o tutores: _____ Padre/Tutor: _____		
	Idioma materno: _____ Idioma materno: _____		
2.	¿En qué idioma le gustaría recibir información por escrito de la escuela?		
3.	¿En qué idioma prefiere comunicarse verbalmente con el personal de la escuela?		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%; border: none;">Firma de uno de los padres</td> <td style="width: 30%; border: none; text-align: right;">Fecha</td> </tr> </table>		Firma de uno de los padres	Fecha
Firma de uno de los padres	Fecha		

## Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York

### Encuesta acerca de las necesidades lingüísticas en prejardín de infantes

SÓLO EL PERSONAL DE INSCRIPCIONES O EL DE LA ESCUELA PODRÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN / TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL ONLY		
Date:	Name of Student/ID:	
Borough:	District:	Borough:
Gender:	Ethnicity Code: (form PSE):	Gender:
Relationship of person providing information for survey (check one):		
<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other (specify):		
If an interview is conducted, in what language is it conducted?		
Is a translator/interpreter used?		
OTELE Alpha Code		
Potential English Language Learner?		
Instruction will be provided in:		
<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Both English and the home language of _____		

# CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please Print Clearly

NYC ID (OSIS)

## TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name	First Name	Middle Name	Sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Date of Birth (Month/Day/Year) ____/____/____
Child's Address		Hispanic/Latino? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Race (Check ALL that apply) <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other	
City/Borough	State	Zip Code	School/Center/Camp Name	District Number
Health insurance <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (including Medicaid)? <input type="checkbox"/> No			Parent/Guardian Last Name	First Name
			Email	
			Phone Numbers	Home _____ Cell _____ Work _____

## TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER

<b>Birth history (age 0-6 yrs)</b> <input type="checkbox"/> Uncomplicated <input type="checkbox"/> Premature: _____ weeks gestation <input type="checkbox"/> Complicated by _____		<b>Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following?</b> <input type="checkbox"/> Asthma (check severity and attach MAF): <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> Severe Persistent If persistent, check all current medication(s): <input type="checkbox"/> Quick Relief Medication <input type="checkbox"/> Inhaled Corticosteroid <input type="checkbox"/> Oral Steroid <input type="checkbox"/> Other Controller <input type="checkbox"/> None Asthma Control Status <input type="checkbox"/> Well-controlled <input type="checkbox"/> Poorly Controlled or Not Controlled		
<b>Allergies</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Epi pen prescribed <input type="checkbox"/> Drugs (list) _____ <input type="checkbox"/> Foods (list) _____ <input type="checkbox"/> Other (list) _____		<input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Behavioral/mental health disorder <input type="checkbox"/> Speech, hearing, or visual impairment <input type="checkbox"/> Congenital or acquired heart disorder <input type="checkbox"/> Tuberculosis (latent infection or disease) <input type="checkbox"/> Developmental/learning problem <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Diabetes (attach MAF) <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Orthopedic injury/disability <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ <b>Explain all checked items above.</b> <input type="checkbox"/> Addendum attached.		
<b>Attach MAF in in-school medications needed</b>		<b>Medications (attach MAF if in-school medication needed)</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)		

<b>PHYSICAL EXAM</b> Date of Exam: ____/____/____ Height _____ cm (____ %ile) Weight _____ kg (____ %ile) BMI _____ kg/m <sup>2</sup> (____ %ile) Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile)		<b>General Appearance:</b> <input type="checkbox"/> Physical Exam WNL NI Abnl <input type="checkbox"/> Psychosocial Development <input type="checkbox"/> HEENT <input type="checkbox"/> Lymph nodes <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> Language <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> Genitourinary <input type="checkbox"/> Neurological <input type="checkbox"/> Behavioral <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> Back/spine		
Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____		<b>Describe abnormalities:</b>		

<b>DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs)</b> Validated Screening Tool Used? _____ Date Screened ____/____/____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Screening Results: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below): <input type="checkbox"/> Cognitive/Problem Solving <input type="checkbox"/> Adaptive/Self-Help <input type="checkbox"/> Communication/Language <input type="checkbox"/> Gross Motor/Fine Motor <input type="checkbox"/> Social-Emotional or Personal-Social <input type="checkbox"/> Other Area of Concern: _____		<b>Nutrition</b> < 1 year <input type="checkbox"/> Breastfed <input type="checkbox"/> Formula <input type="checkbox"/> Both ≥ 1 year <input type="checkbox"/> Well-balanced <input type="checkbox"/> Needs guidance <input type="checkbox"/> Counseled <input type="checkbox"/> Referred Dietary Restrictions <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)		<b>Hearing</b> Date Done ____/____/____ Results < 4 years: gross hearing ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred OAE ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred ≥ 4 yrs: pure tone audiometry ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred	
Describe Suspected Delay or Concern: _____		<b>SCREENING TESTS</b> Date Done ____/____/____ Results <b>Blood Lead Level (BLL)</b> (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk) ____/____/____ μg/dL <b>Lead Risk Assessment</b> (annually, age 6 mo-6 yrs) <input type="checkbox"/> At risk (do BLL) <input type="checkbox"/> Not at risk		<b>Vision</b> Date Done ____/____/____ Results <3 years: Vision appears: ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <b>Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years)</b> Right ____/____/____ Left ____/____/____ <input type="checkbox"/> Unable to test	
Child Receives EI/CPSE/CSE services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>Hemoglobin or Hematocrit</b> ____/____/____ g/dL %		<b>Dental</b> Screened with Glasses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Strabismus? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Visible Tooth Decay <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Urgent need for dental referral (pain, swelling, infection) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dental Visit within the past 12 months <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

CIR Number _____ Physician Confirmed History of Varicella Infection <input type="checkbox"/> Report only positive immunity:		<b>IMMUNIZATIONS - DATES</b>	
DTP/DTaP/DT	Tdap	Hepatitis B	IgG Titers
Td	MMR	Measles	Date
Polio	Varicella	Mumps	
Hep B	Mening ACWY	Rubella	
Hib	Hep A	Varicella	
PCV	Rotavirus	Polio 1	
Influenza	Mening B	Polio 2	
HPV	Other	Polio 3	

<b>ASSESSMENT</b> <input type="checkbox"/> Well Child (Z00.129) <input type="checkbox"/> Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-10 Code _____	<b>RECOMMENDATIONS</b> <input type="checkbox"/> Full physical activity <input type="checkbox"/> Restrictions (specify) _____ <b>Follow-up Needed</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____ <b>Referral(s):</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Early Intervention <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Other _____
--	---

Health Care Practitioner Signature	Date Form Completed ____/____/____	<b>DOHMH ONLY</b> PRACTITIONER I.D. _____
Health Care Practitioner Name and Degree (print)	Practitioner License No. and State	<b>TYPE OF EXAM:</b> <input type="checkbox"/> NAE Current <input type="checkbox"/> NAE Prior Year(s) Comments: _____
Facility Name	National Provider Identifier (NPI)	Date Reviewed: ____/____/____ I.D. NUMBER _____ REVIEWER: _____
Address	City	State
Telephone	Fax	Email
		<b>FORM ID#</b> _____





Department of  
Education

Office of Communications and Media Relations  
52 Chambers Street, New York, NY 10007  
Tel: 212.374.5141 Fax: 212.374.5584

**AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR FOTOGRAFÍAS, FILMACIONES O GRABACIONES  
AUDIOVISUALES DE UN ESTUDIANTE SIN FINES DE LUCRO  
(POR EJEMPLO: PARA FINES EDUCATIVOS, LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA O LA  
CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA SALUD)**

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_ escuela: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, autorizo a/al \_\_\_\_\_ la participación en entrevistas, el uso de citas y la toma de fotografías, películas o audiovisuales del estudiante mencionado previamente. También, otorgo a/al \_\_\_\_\_ los derechos de editar, utilizar y volver a utilizar dichos materiales sin propósitos lucrativos, incluidos el material impreso, distribución por Internet o cualquier otra forma de distribución mediática. Por medio de la presente además eximo al NYCDOE y sus agentes y empleados de todo reclamo, demanda y responsabilidad alguna en conexión con lo mencionado previamente.

Firma de uno de los padres o tutores (si el estudiante es menor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección de uno de los padres o tutores: \_\_\_\_\_

Ó

Firma del estudiante (si tiene o es mayor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante: \_\_\_\_\_