

## 뉴욕시 조기 아동 교육 센터(NYCEEC) 전일 유아원 프로그램 등록 양식 2019-2020 학년도

### 작성 안내:

파란색 또는 검정색 펜을 이용하여 인쇄체로 명확하게 기재해 주십시오. 뉴욕시에 거주하고 있는 학부모/보호자만이 등록 양식을 제출할 수 있다는 것을 기억해 주십시오. 이 등록 양식을 작성하여 서명하신 후 등록하고자 하시는 각 NYCEEC에 직접 제출하십시오. 등록 양식 사본을 만들어 본인의 기록으로 보관하십시오. NYCEEC 목록을 검색하시려면, 인근 학교, NYCEEC 또는 온라인 [nyc.gov/prek](http://nyc.gov/prek)에서 유아원 안내서를 검토해 보시기 바랍니다.

### 등록하고자 하시는 NYCEEC 이름: \_\_\_\_\_

<b>섹션 A: 학생 정보 - 펜을 이용하여 인쇄체로 명확하게 작성해 주십시오</b>			
학생 성	학생 이름	생년 월일(월/일/년) / / 2015	성별 (선택사항) <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
현재 주소 (번지, 거리, 아파트 번호 #, 시, 주, 우편번호)		학생 홈 학군 (선택사항)	

<b>섹션 B: 선택 정보 - 인쇄체로 명확히 잉크 펜으로 작성해 주십시오</b>
<b>건강 보험</b> 이 학생은 의료보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 있는 경우, 어떤 보험입니까? <input type="checkbox"/> 민영 보험 <input type="checkbox"/> 메디케이드 <input type="checkbox"/> 차일드 헬스 플러스 B <input type="checkbox"/> 아니오    답이 아니오라면 보험 제공을 위해 연락드려도 되겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<b>가정 언어</b> 유아원 입학전형 절차와 관련하여 문서 및/또는 구두 연락 시 원하시는 언어는 무엇입니까? 해당되는 것에 모두 체크하십시오: <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 아랍어 <input type="checkbox"/> 벵골어 <input type="checkbox"/> 중국어 <input type="checkbox"/> 프랑스어 <input type="checkbox"/> 아이티 크레올어 <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 러시아어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 우르두어 <input type="checkbox"/> 기타 (상세히 설명) _____

<b>섹션 C: 학부모 정보 - 펜을 이용하여 인쇄체로 명확하게 작성해 주십시오.</b>		
본인은 매일 정시 출석의 필수임을 이해합니다. 저는 반드시 책임이 있는 성인이 학교 등하교 시 제 자녀와 동반하도록 조치를 취할 것입니다. 저는 교통편이 제공되지 않음을 이해합니다.		
학부모/보호자 성	학부모/보호자 이름	학생과의 관계
주간 전화번호	야간 전화번호	학부모/보호자 이메일 주소
학부모/보호자 서명	날짜	

학부모/보호자님께:

연방법에서는 뉴욕시 교육청이 공립학교 학생들의 민족 정체성 및 인종에 관한 정보를 수집, 기록할 것을 요구하고 있습니다. 이 정보는 여러분의 자녀가 재학 중인 학교에 예산을 배분하는 등의 다양한 목적으로 사용되며, 절대적으로 안전하게 비밀이 보장됩니다.

저희는 이와 같은 정보수집 과정에서 여러분의 도움이 필요합니다. 본 페이지 뒷면에 있는 민족 및 인종 확인양식에 답해 주시기 바랍니다. 첫 번째 질문은 여러분의 자녀가 히스패닉, 라티노 또는 스페니쉬 계열인지 여부를 묻는 질문입니다. 두 번째 질문은 여러분 자녀의 정확한 인종을 묻는 질문입니다. 두 가지 질문 모두에 반드시 답해주시기 바랍니다. 한 가지 이상의 인종에 해당되는 것으로 답한 학생은 “ 둘 또는 그 이상의 인종 ” 범주로 집계될 것입니다. 모든 인종의 히스패닉 학생들은 히스패닉 범주로 집계됩니다.

뉴욕시 교육청에서는 본 정보수집 절차가 지니는 민감성을 잘 알고 있습니다. 연방 정부에서 제공하는 선택 옵션만으로는 귀 가정의 민족정체성이나 인종을 정확하거나 완전하게 표현할 수 없을 수도 있습니다. 이 경우, 여러분께서 최선의 판단을 하여 답해 주시기를 당부 드립니다. 두 가지 질문 중 한 가지라도 답변을 거부하실 경우, 연방법에서는 뉴욕시 교육청 소속 교직원이 부모님을 대신하여 귀 자녀의 인종을 파악하도록 지시하고 있습니다.

학생들의 민족 및 인종에 관한 정보는 본 안내문 하단에 명시된 비밀보장법에 따라 철저히 보호됩니다.

여러분의 협조에 감사 드립니다.

**학부모 및 보호자께: 본 안내문 뒷면에 있는 양식을 완성하신 후  
자녀의 학교로 보내주시시오.**

**교직원에게 알림: 제출된 양식은 학생 기록 폴더에  
비밀 정보로 보관하시기 바랍니다.**

**비밀보장 절차 및 규정**

가족 교육권 및 개인정보 보호법(1974)과 교육감 규정 A-820에 의거해 학생 기록을 허가 없이 열람하거나 학생의 성명이나 학생 ID 번호가 노출될 수 있는 학생 정보를 허가 없이 공개하는 것을 금지하고 있습니다.

<sup>1</sup> 인종(race)은 법원의 명령이 있을 경우에만 학교 등록 시 한 가지 요인으로 고려될 수 있습니다;  
성별(gender)은 단일 성별 학교에서만 고려되는 요인입니다.

- 5세부터 21세 사이의 모든 학생은 무료 공립교육을 받을 권리가 있습니다.
- 연방법에서는 뉴욕시 교육청이 공립학교 학생들의 민족 및 인증 정보를 수집, 기록할 것을 요구하고 있습니다.
- 어린이는 인증, 피부색, 신념, 출생 국가, 성별, 성 정체성, 임신여부, 체류/법적 신분, 장애, 성 취향, 종교 또는 민족으로 인해 공립학교로의 입학이 거부되지 않아야 합니다.<sup>1</sup>

영어로 만

교직원 작성란: 이 부분은 교직원이 기재하십시오

보로 
 학군 

 학교

고등학교 이름/  
미니 스쿨/분교

-----

학년 코드 


 학급 코드 



 뉴욕시 학생 아이디 번호

(고등학교 만 4 자리) 생년월일(월/일/년)

학생 성명: 성, 이름, 중간 이니셜

학부모/보호자 작성란: 이 부분은 학부모/보호자가 작성하십시오.

질문 번호 (1) 및 (2)에 **둘 다** 답해주시시오. 답을 하시기 전에 반드시 질문을 읽으십시오.

질문 (1)에서는 자녀에게 가장 잘 해당되는 내용 옆에 (✓) 표시를 해주십시오.

1. 학생이 히스패닉, 라티노 또는 스페니쉬 계열입니까? 히스패닉, 라티노 또는 스페니쉬 계열이라 함은 인증에 관계 없이 쿠바, 도미니카 공화국, 멕시코, 푸에르토리코, 중앙 또는 남 아메리카, 기타 스페인 문화권 출신임을 뜻합니다.

- 예, 히스패닉입니다  
 아니오, 히스패닉이 아닙니다

질문 (2)에서는 귀하의 자녀에게 해당되는 모든 내용 옆에 (✓) 표시를 해주십시오.

2. 다음의 5 가지 인증 그룹 중에서 한 가지 이상의 인증을 선택해 주십시오.

- 아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민:** 북미 및 남미(중미 포함) 원주민의 후손인 사람. (ATS 코드: B)  
 **아시아인:** 극동 아시아, 동남 아시아 또는 인도 아시아대륙 출신 또는 그 후손으로서 캄보디아, 중국, 인도, 일본, 한국, 말레이시아, 파키스탄, 필리핀, 태국 및 베트남 사람 등이 포함됩니다. (ATS 코드: C)  
 **하와이 성 원주민 또는 기타 태평양 성 원주민:** 하와이, 괌 또는 기타 태평양 성 원주민 출신이거나 그 후손인 사람. (ATS 코드: D)  
 **흑인:** 아프리카 흑인 출신이거나 그 후손인 사람. (ATS 코드: E)  
 **백인:** 유럽, 북 아프리카 또는 중동 지방 출신이거나 그 후손인 사람. (ATS 코드: F)

부모/보호자/기타/학교 교직원 관찰자 서명

날짜

학생과의 관계

부모
  보호자
  기타(상세히기)
  교직원 관찰자 (성명):

**주거 질문지**

학부모/보호자/학생 여러분께:

이 양식은 맥키니-벤토법 42 U.S.C. 11435을 준수하기 위한 것으로 반드시 각 학생 별로 작성되어야 합니다. **여러분이 제공하시는 정보는 비밀이 유지됩니다.** 제공된 정보에 따라 귀하의 자녀가 차별을 받는 일은 없을 것입니다.

학생이 제공 받을 수 있는 서비스를 결정하는 데 필요한 주거지에 관한 다음의 질문들에 답해 주시기 바랍니다.

**학교/임시 거주지 연락 담당 귀하:** 본 양식을 작성하는 학생과 가족을 도와주시기 바랍니다. 학생이 임시 거주지에서 생활하는 것으로 판명된다면 해당 학생은 주거지 증빙 및 등록 패키지에 일부로 갖추어 져야 할 기타 **필요한 서류를 제출할 필요가 없으므로** 등록 패키지에 이 양식을 포함하지 마십시오. 학교에서는 학부모 동의 없이 학생의 거주상태 정보를 공개할 수 없습니다.

학생 성명			
성	이름	미들네임	
OSIS#	생년월일(월/일/년)	성별	학교

학생의 현재 생활 환경을 선택해 주십시오. 다음 중 **하나**를 선택해 주십시오:

체크 (✓)	주거 설문 선택	학교 작성란
		ATS 코드
	<b>더부살이(Doubled-Up)</b> 경제적인 어려움으로 집을 잃고 친척 또는 기타 타인과 함께 거주	D
	<b>쉼터</b> 비상 또는 전환 쉼터 거주	S
	<b>호텔/모텔</b> 비상 사태 또는 과도기의 쉼터가 아니며 또한 비용이 발생하는 공간에서 거주하는 경우	H
	<b>기타 임시 거주지</b> 트레일러 파크, 캠프그라운드, 자동차, 공원, 공공 장소, 버려진 빌딩, 거리 또는 기타 생활하기에 부적절한 공간에서 거주하는 경우	T
	<b>영구적인 주거지에 거주</b> 일정하고 일반적이며 적절한 주거 환경에서 생활하는 학생	P

학생이 영구적인 주거지에서 생활하고 있지 **않**다면, 또한 다음과 같은 상황이 적용될 수도 있습니다:

	학교 작성란
<b>보호자가 없는 청소년</b> 학부모 또는 보호자로부터 실질적인 양육 보호를 제공받지 않고 있는 청소년	적용되는 경우 "Y" 입력

학부모/보호자 (인쇄체로 성명 기재)

학부모/보호자 서명

날짜

이 양식을 자녀의 학교에 요청된 바에 따라 제출하십시오.

**알림:** 위에 제공해 주신 답변은 귀하나 귀하의 자녀가 맥키니-벤토법에 따라 제공 받을 수 있는 서비스를 결정하는데 도움을 줄 것입니다. 이 법률에 따라 보호 받는 학생들은 주거지 증빙, 학교 기록, 예방접종 기록 또는 출생 증명 서류와 같이 일반적으로 필요한 서류를 구비하지 못했다 해도 즉시 학교에 등록할 수 있습니다. 학생이 등록한 후, 새로운 학교는 반드시 해당 학생이 마지막으로 등록했던 학교에 예방접종 기록을 포함한 학생의 교육관련 기록을 요청하기 위해 연락하여야 합니다. 임시 주거지에서 생활하는 학생(STH) 담당은 반드시 학생이 기타 필요한 문서 또는 예방접종 기록을 취득할 수 있도록 지원하여야 합니다. 맥키니-벤토법에 따라 보호를 받는 학생들은 또한 무료 교통편 및 기타 서비스를 받을 자격이 있습니다. 교육감 규정 A-780을 참조하십시오.

**이 양식은 1장의**

**"맥키니-벤토 노숙자 지원법-임시 거주지에서 생활하는 학생의 학부모 및 청소년 대상"이라는 제목의 첨부 양식과 함께 제공될 것입니다.**

# 뉴욕시 교육청

## 유아원(Pre-Kindergarten) 가정 언어조사

*enter student name here*)의 학부모 또는 보호자님께,  
 본 설문 조사는 유아원 등록 패키지의 일부로서, 가정에서 사용하는 언어에 관한 정보를 입학하는 학교에 제공하는 역할을 합니다. 아래 질문에 답해 주시면 고맙겠습니다.  
 이 양식을 학교 직원 \_\_\_\_\_에게 제출해 주시고 질문이 있으시면 \_\_\_\_\_에게 \_\_\_\_\_로 문의하시기 바랍니다.  
 감사합니다. 학생 ID: \_\_\_\_\_

**파트 1. 필요한 언어:** 다음 질문은 여러분 가정에서 사용하시는 언어에 관한 정보 및 가정에서 안내를 요청할 때 선호하시는 언어(가능할 경우)를 확인하기 위한 것입니다.

1. 가정에서 어떤 언어를 사용하십니까? 해당되는 것은 모두 체크(√)하십시오:		
<input type="checkbox"/> 영어	<input type="checkbox"/> 우르두어	
<input type="checkbox"/> 스페인어	<input type="checkbox"/> 프랑스어	
<input type="checkbox"/> 중국어	<input type="checkbox"/> 한국어	
<input type="checkbox"/> 벵골어	<input type="checkbox"/> 알바니아어	
<input type="checkbox"/> 아랍어	<input type="checkbox"/> 편잡어	
<input type="checkbox"/> 아이티 크레올어	<input type="checkbox"/> 폴란드어	
<input type="checkbox"/> 러시아어	<input type="checkbox"/> 기타, 가능하면 상세히 _____	
2. 어린이는 어떤 언어를 이해할 수 있습니까?		
영어 <input type="checkbox"/>	기타 가정에서 사용하는 언어 <input type="checkbox"/>	
3. 어린이는 어떤 언어를 말할 수 있습니까?		
영어 <input type="checkbox"/>	기타 가정에서 사용하는 언어 <input type="checkbox"/>	
4. 어린이는 어떤 언어를 읽을 수 있습니까?		
영어 <input type="checkbox"/>	기타 가정에서 사용하는 언어 <input type="checkbox"/>	아직 읽지 못함 <input type="checkbox"/>
5. 어린이는 어떤 언어를 쓸 수 있습니까?		
영어 <input type="checkbox"/>	기타 가정에서 사용하는 언어 <input type="checkbox"/>	아직 쓰지 못함 <input type="checkbox"/>
6. 어린이의 가정이나 주거지에서 주로 사용하는 언어가 무엇입니까?		
영어 <input type="checkbox"/>	기타 가정에서 사용하는 언어 <input type="checkbox"/>	
7. 어린이는 학부모/보호자와 주로 어떤 언어로 대화합니까?		
영어 <input type="checkbox"/>	기타 가정에서 사용하는 언어 <input type="checkbox"/>	
8. 어린이가 형제자매 또는 친구들과 주로 어떤 언어로 대화합니까?		
영어 <input type="checkbox"/>	기타 가정에서 사용하는 언어 <input type="checkbox"/>	
9. 어린이가 친척 또는 돌봐주시는 분(예, 베이비시터)과 주로 어떤 언어로 대화합니까?		
영어 <input type="checkbox"/>	기타 가정에서 사용하는 언어 <input type="checkbox"/>	
10. 어린이가 귀하의 가정에서 사용하시는 언어(가능하다면)로 수업 받기를 원하십니까?:		
<input type="checkbox"/> 항상	<input type="checkbox"/> 대부분의 시간 동안	<input type="checkbox"/> 가끔

## 뉴욕시 교육청 유아원(Pre-Kindergarten) 가정 언어조사

**파트 2. 수업 계획** 다음 추가 질문에 대한 답변은 수업 계획에 활용될 것입니다. 자녀와 관련된 다음 각 질문에 정확한 답을 기입해 주십시오.

1. 이 어린이가 미국에서 학습 프로그램에 참여하거나 단체에서 생활하는 것이 이번이 처음입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
아니라면: a. 어린이가 어디서 데이케어/유아원/놀이방(play group)에 참여하였습니까?
b. 언제 등록했었습니까?
c. 얼마나 오랫동안 참여하였습니까?
d. 학습할 때 어떤 언어가 사용되었습니까?
2. 이 어린이가 <u>외국에서</u> 학습 프로그램에 참여하거나 단체에서 생활한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
예라면: a. 어린이가 어디서 데이케어/유아원/놀이방(play group)에 참여하였습니까?
b. 얼마나 오랫동안 참여하였습니까?
c. 학습할 때 어떤 언어가 사용되었습니까?
3. 어린이가 학교에서 특별한 도움이나 주의가 필요한 어떤 상황에 처해있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
예라면 해당되는 것을 모두 선택하십시오: <input type="checkbox"/> 청각 장애 <input type="checkbox"/> 정서 장애 <input type="checkbox"/> 시각 장애 <input type="checkbox"/> 천식 <input type="checkbox"/> 언어 장애 <input type="checkbox"/> 발달 장애 <input type="checkbox"/> 신체 장애 <input type="checkbox"/> 기타 (상세히 기재) _____
예라면 어린이가 어떤 중재 서비스를 받았습니까?
4. 어린이가 미국 수화 또는 대체 커뮤니케이션 장비(예, 수동/자동 커뮤니케이션 보드)와 같은 기타 의사교환 방법을 활용하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
예라면: 어떤 것을 사용하고 있습니까?

**파트 3: 학부모 정보:** 다음 추가 질문에 대한 답은 뉴욕시 교육청에서 여러분이 선택하신 언어로 의사교환을 하기 위해 사용될 것입니다.

1. 모국어는 무엇입니까? 학부모/보호자: _____      학부모/보호자: _____ 모국어: _____      모국어: _____
2. 학교 통지문을 어떤 언어로 받기를 원하십니까?
3. 학교 직원들과 대화를 할 때 어떤 언어로 의사교환을 하고 싶으십니까?
학부모 서명 _____      날짜 _____

뉴욕시 교육청  
유아원(Pre-Kindergarten) 가정 언어조사

등록담당실 또는 학교 교직원용 TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL ONLY					
Date:	Name of Student/ID:				
Borough:	District:	School:			
Gender:	Ethnicity Code: (form PSE):	Date of Birth:			
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 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>					
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**  Female  Male **Date of Birth (Month/Day/Year)** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Child's Address** \_\_\_\_\_ **Hispanic/Latino?**  Yes  No **Race (Check ALL that apply)**  American Indian  Asian  Black  White  
 Native Hawaiian/Pacific Islander  Other \_\_\_\_\_

**City/Borough** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip Code** \_\_\_\_\_ **School/Center/Camp Name** \_\_\_\_\_ **District Number** \_\_\_\_\_ **Phone Numbers**  
Home \_\_\_\_\_  
Cell \_\_\_\_\_  
Work \_\_\_\_\_

**Health insurance**  Yes  No **Parent/Guardian Last Name** \_\_\_\_\_ **First Name** \_\_\_\_\_ **Email** \_\_\_\_\_  
**(including Medicaid)?**  No  Foster Parent

**TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER**

**Birth history (age 0-6 yrs)**  
 Uncomplicated  Premature: \_\_\_\_\_ weeks gestation  
 Complicated by \_\_\_\_\_

**Allergies**  None  Epi pen prescribed  
 Drugs (list) \_\_\_\_\_  
 Foods (list) \_\_\_\_\_  
 Other (list) \_\_\_\_\_

**Attach MAF in in-school medications needed**

**Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following?**  
 Asthma (check severity and attach MAF):  Intermittent  Mild Persistent  Moderate Persistent  Severe Persistent  
If persistent, check all current medication(s):  Quick Relief Medication  Inhaled Corticosteroid  Oral Steroid  Other Controller  None  
**Asthma Control Status**  Well-controlled  Poorly Controlled or Not Controlled

Anaphylaxis  
 Behavioral/mental health disorder  
 Congenital or acquired heart disorder  
 Developmental/learning problem  
 Diabetes (attach MAF)  
 Orthopedic injury/disability  
**Explain all checked items above.**

Seizure disorder  
 Speech, hearing, or visual impairment  
 Tuberculosis (latent infection or disease)  
 Hospitalization  
 Surgery  
 Other (specify) \_\_\_\_\_  
**Addendum attached.**

**Medications (attach MAF if in-school medication needed)**  
 None  Yes (list below)

**PHYSICAL EXAM** **Date of Exam:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ cm (\_\_\_\_ %ile)  
Weight \_\_\_\_\_ kg (\_\_\_\_ %ile)  
BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> (\_\_\_\_ %ile)  
Head Circumference (age ≤2 yrs) \_\_\_\_\_ cm (\_\_\_\_ %ile)  
Blood Pressure (age ≥3 yrs) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**General Appearance:**  
 Physical Exam WNL

<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

**Describe abnormalities:**

**DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs)**  
Validated Screening Tool Used? \_\_\_\_\_ Date Screened \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Yes  No  
Screening Results:  WNL  
 Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below):  
 Cognitive/Problem Solving  Adaptive/Self-Help  
 Communication/Language  Gross Motor/Fine Motor  
 Social-Emotional or Personal-Social  Other Area of Concern: \_\_\_\_\_

**Nutrition**  
< 1 year  Breastfed  Formula  Both  
≥ 1 year  Well-balanced  Needs guidance  Counseled  Referred  
**Dietary Restrictions**  None  Yes (list below)

**Hearing** **Date Done** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Results**  
< 4 years: gross hearing \_\_\_\_\_  NI  Abnl  Referred  
OAE \_\_\_\_\_  NI  Abnl  Referred  
≥ 4 yrs: pure tone audiometry \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  NI  Abnl  Referred

**SCREENING TESTS** **Date Done** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Results**  
**Blood Lead Level (BLL)** \_\_\_\_\_ µg/dL  
(required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk)  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ µg/dL

**Lead Risk Assessment** \_\_\_\_\_  At risk (do BLL)  
(annually, age 6 mo-6 yrs) \_\_\_\_\_  Not at risk

**Hemoglobin or Hematocrit** \_\_\_\_\_ g/dL  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ %

**Describe Suspected Delay or Concern:** \_\_\_\_\_

**Dental**  
Screened with Glasses? \_\_\_\_\_  Yes  No  
Strabismus? \_\_\_\_\_  Yes  No  
Visible Tooth Decay \_\_\_\_\_  Yes  No  
Urgent need for dental referral (pain, swelling, infection) \_\_\_\_\_  Yes  No  
Dental Visit within the past 12 months \_\_\_\_\_  Yes  No

Child Receives EI/CPSE/CSE services  Yes  No

CIR Number \_\_\_\_\_ Physician Confirmed History of Varicella Infection

**IMMUNIZATIONS - DATES**

DTP/DTaP/DT	_____	Tdap	_____	IgG Titers	Date
Td	_____	MMR	_____	Hepatitis B	_____
Polio	_____	Varicella	_____	Measles	_____
Hep B	_____	Mening ACWY	_____	Mumps	_____
Hib	_____	Hep A	_____	Rubella	_____
PCV	_____	Rotavirus	_____	Varicella	_____
Influenza	_____	Mening B	_____	Polio 1	_____
HPV	_____	Other	_____	Polio 2	_____
				Polio 3	_____

**ASSESSMENT**  Well Child (Z00.129)  Diagnoses/Problems (list) \_\_\_\_\_ **ICD-10 Code** \_\_\_\_\_

**RECOMMENDATIONS**  Full physical activity  
 Restrictions (specify) \_\_\_\_\_

**Follow-up Needed**  No  Yes, for \_\_\_\_\_ Appt. date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Referral(s):**  None  Early Intervention  IEP  Dental  Vision  
 Other \_\_\_\_\_

**Health Care Practitioner Signature** \_\_\_\_\_ **Date Form Completed** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Health Care Practitioner Name and Degree (print)** \_\_\_\_\_ **Practitioner License No. and State** \_\_\_\_\_

**Facility Name** \_\_\_\_\_ **National Provider Identifier (NPI)** \_\_\_\_\_

**Address** \_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_

**Telephone** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_ **Email** \_\_\_\_\_

**DOHMH ONLY PRACTITIONER I.D.** \_\_\_\_\_

**TYPE OF EXAM:**  NAE Current  NAE Prior Year(s)  
**Comments:** \_\_\_\_\_

**Date Reviewed:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **I.D. NUMBER** \_\_\_\_\_

**REVIEWER:** \_\_\_\_\_

**FORM ID#** \_\_\_\_\_



학생의 사진, 필름, 또는 비디오 테이프를 비영리 목적으로 사용하는 것에 대한 동의  
(예, 교육, 보건 서비스 또는 보건 인식 함양 목적)

학생 성명: \_\_\_\_\_ 학교: \_\_\_\_\_

저는 \_\_\_\_\_에서 상기 이름이 기재된 학생의 인터뷰 참여, 말 인용 및 사진, 영화 또는 비디오 테이프 촬영에 동의합니다. 저는 또한 \_\_\_\_\_에 인쇄물, 인터넷 및 모든 기타 다른 형식의 미디어를 포함한 비영리 목적으로 이런 것들을 편집, 사용 및 재사용할 수 있는 권리를 부여합니다. 저는 또한 상기 내용과 관련된 모든 배상, 청구 및 책임에서 뉴욕시 교육청 및 그 산하기관과 직원들을 면제할 것입니다.

학부모/보호자의 서명(18 세 이상의 학생은 본인): \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

학부모/보호자 주소 \_\_\_\_\_

또는

학생의 서명(18 세 이상인 경우): \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

학생의 주소 \_\_\_\_\_