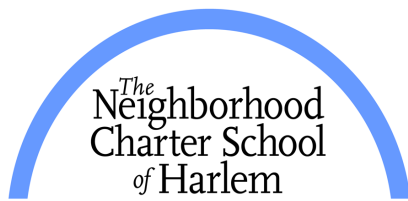




Lista de Cotejo de Inscripción del Estudiante

Bienvenidos al Neighborhood Charter School of Harlem! Adjunto se encuentran los formularios de registro y una lista de los documentos requeridos para la inscripción de su niño(a) en nuestra escuela. Si tiene cualquier pregunta, favor comunicarse con la oficina al 646-701-7117 ó por correo electrónico a info@NCSHarlem.org.

- ☐ Prueba de lugar de residencia – *Favor proveer **dos** de los siguientes documentos*
 - Recibo de utilidad residencial, “tax property” o cuenta de agua (de los pasados 60 días)
 - Forma W2 del 2011 ó documentación oficial de nómina (de los pasados 60 días)
 - Documentos de alguna agencia federal, estatal o municipal (de los pasados 60 días)
 - Escritura de la casa, hipoteca o contrato de arrendamiento
- ☐ Verificación de nombre legal y edad
 - Certificado de nacimiento o pasaporte
- ☐ Formulario de Inscripción del estudiante
- ☐ Formulario de Relevé de Medios de Comunicación – *Favor de firmar y devolver*
- ☐ Formulario de autorización de excursión – *Favor de firmar y devolver*
- ☐ Historial Académico
 - Autorización Para Divulgar Información – *Favor de firmar y devolver*
 - Transcripción/Reporte de notas
- ☐ Formulario de Solicitud de Transportación
- ☐ Información Médica – *Favor firmar y devolver*
 - Formulario de Primeros Auxilios
 - Verificación de Vacunación y Examen Físico
 - Formulario de Historial Médico del Estudiante
 - Formulario de Examen de Salud de Niño y Adolescente. ***Favor devolver para Agosto 1.***
 - Formulario de Administración de Medicamentos. ***Favor devolver para Agosto 1.***
- ☐ Encuesta de Identificación del Idioma del Hogar – *Favor de firmar y devolver*
- ☐ Encuesta de Identificación de Etnia del Estudiante – *Favor de firmar y devolver*
- ☐ Cuestionario de Residencia – *Favor de firmar y devolver*
- ☐ Documentos Legales (custodia, poderes, órdenes de protección)
- ☐ Información Sobre Educación Especial (si aplica)
 - IEP actual
 - Plan 504 actual



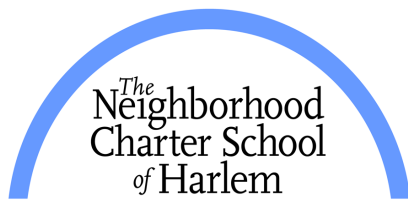
Formulario de Inscripción del Estudiante

Información del Estudiante

Nombre (Legal)	Nombre			Segundo Nombre		Apellido	
Dirección	Número		Calle		Apt		
	Ciudad		Estado		Código Postal		
Postal (si es diferente)	Número		Calle		Apt		
	Ciudad		Estado		Código Postal		
Fecha de nacimiento	/		/		Grado al que ingresa		
Nombre de la escuela anterior:							
El estudiante vive con (marcar todas las que aplique):							
<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Refugio							
<input type="checkbox"/> Otra (favor especificar) _____							
Trasfondo de Raza/Etnia:							
<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco							
<input type="checkbox"/> Otra (favor especificar) _____							
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino							
Programa Nacional de Almuerzo Escolar: (Esta información no es requerida y solo será utilizada para determinar los fondos asignados a la escuela)							
Participa su niño(a) actualmente del Programa Nacional de Almuerzo Escolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si							
Cualifica su niño(a) para almuerzo gratis/almuerzo a precio reducido? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si							

Servicios de Educación Especial (si la respuesta es si incluya las evaluaciones con esta forma):

Ha sido el/la estudiante identificado como estudiante de educación especial?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Tiene el estudiante un IEP o 504 actual?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

**Formulario de Inscripción del Estudiante (Pág. 2)****Información del Padre/Tutor**

Nombre completo madre _____	Tel. Celular: (____) _____ - _____
Dirección _____	Tel. Hogar: (____) _____ - _____
Patrono _____	Tel. Trabajo (____) _____ - _____
Correo Electrónico _____	

Nombre completo padre _____	Tel. Celular: (____) _____ - _____
Dirección _____	Tel. Hogar: (____) _____ - _____
Patrono _____	Tel. Trabajo (____) _____ - _____
Correo Electronico _____	

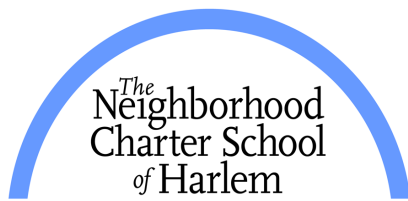
Información de Padrastro y/o Madrastra, Tutor Legal o Auspiciador (si aplica)	
Nombre completo _____	Tel. Celular: (____) _____ - _____
Dirección _____	Tel. Hogar: (____) _____ - _____
Patrono _____	Tel. Trabajo (____) _____ - _____
Correo Electrónico _____	Relación _____

Otra Información

Como supo de The Neighborhood Charter School of Harlem? (marque todas las que aplique)	
<input type="checkbox"/> Correo/Tarjeta Postal	<input type="checkbox"/> Por otras personas
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Hojas Sueltas
<input type="checkbox"/> Otra (Favor Especificar): _____ + _____	

Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____
Letra de Molde

Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____
Firma



Relevo de Medios de Comunicación

Mediante la presente doy mi consentimiento para utilizar cualquier fotografía/cinta de video, grabaciones de audio y/o video tomados a mi niño(a) por The Neighborhood Charter School of Harlem o los medios de comunicación con el propósito de promocionar o publicar eventos, actividades, facilidades y programas de The Neighborhood Charter School of Harlem en periódicos, boletines, portal de internet, televisión, radio u otros medios de comunicación y publicidad. También mediante la presente relevo a The Neighborhood Charter School of Harlem, sus agentes y empleados de reclamaciones, demandas y responsabilidades relacionadas con lo antes mencionado.

Favor marcar una de las siguientes opciones.

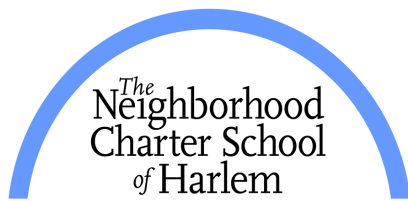
- ☐ Si, doy mi consentimiento para que mi niño(a) sea entrevistado, identificado y/o fotografiado/filmado para usarse en varias publicaciones y medios de comunicación incluyendo pero no limitándose a portales de internet, folletos, periódicos, revistas, videos, películas, radio y televisión. Entiendo que este consentimiento aplica durante el período en que mi niño esté matriculado como estudiante de The Neighborhood Charter School of Harlem.
- ☐ No, no doy mi consentimiento.

Nombre del niño(a) _____

Nombre del Padre/Tutor _____

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____



Formulario de Autorización de Excursión

En el The Neighborhood Charter School of Harlem creemos que los estudios de campo son una parte importante de nuestro currículo. Tenemos la suerte de vivir en la ciudad de Nueva York donde hay muchas oportunidades para visitar museos, parques e instituciones de artes escénicas. En el año escolar 2012/2013 planeamos llevar todos los estudiantes en excursiones que refuercen lo que estudian en el salón de clases y proveer una experiencia educativa significativa. Enviaremos información a las casas sobre cada una de las excursiones para su revisión.

☐ Si, doy mi consentimiento para que mi niño(a) vaya a excursiones dentro de una distancia de 5 cuadras de la escuela. Entiendo que se me requerirá firmar una hoja de permiso para todas las excursiones más allá del radio de 5 cuadras.

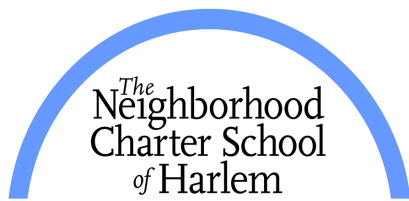
☐ No, no doy mi consentimiento.

Nombre del niño(a) _____

Nombre del Padre/Tutor _____

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____



Autorización Para Divulgar Información

A quien pueda interesar:

El siguiente estudiante se ha matriculado en nuestra escuela. Favor enviar todos sus expedientes incluyendo:

1. **Expedientes escolásticos** (asistencia, notas del trimestre actual, tarjeta de notas, puntuaciones de las pruebas estandarizadas, información de corrección, etc.)
2. **Servicios de Educación Especial** (current psychological, IEP, 504).
3. Otra información pertinente (información de custodia, documentos de corte, referidos IST, etc.)
4. **Todos los expedientes médicos**
5. **Todos los expedientes disciplinarios**

Nombre Estudiante _____	Fecha Nacimiento ____ / ____ / ____
OSIS # (si lo conocen) _____	
Nombre de la última escuela que asistió _____	
Dirección Postal _____	

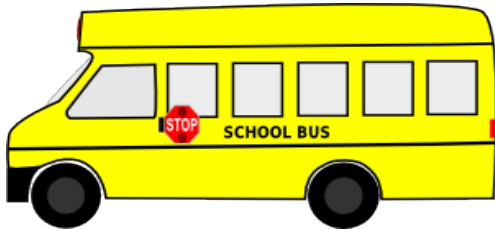
Favor enviar los expedientes solicitados a:

The Neighborhood Charter School of Harlem c/o NYC Charter Center Attn: Sherita Smith 111 Broadway, Suite 604 New York, NY 10006

Nombre del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Solicitud de Transportación



Les Informamos:

- El Departamento de Educación no permite que los estudiantes reciban los dos servicios de “Metro Card” y servicios de autobús “yellow bus”. Solo puede solicitar un servicio.
- Debe vivir por lo menos a media milla de distancia de The Neighborhood Charter School of Harlem para ser elegible para transportación.
 - Los estudiantes que no sean elegibles para la tarifa completa de transportación podrán recibir una tarjeta “Metro Card” de media tarifa de estudiante. Las tarjetas “Metro Card” de media tarifa solo pueden ser utilizadas en los autobuses.
- Debe residir en Manhattan para ser elegible para los servicios de autobuses “yellow bus”.
- Los autobuses “yellow bus” a menudo dan servicio a múltiples escuelas en una sola ruta, por tal razón es probable que su hijo vaya en el autobús con estudiantes de otras escuelas.
- Los servicios de “Metro Card” y autobuses “yellow bus” son provistos a la discreción de la Oficina de Pupil Transportation, y The Neighborhood Charter School of Harlem tiene poco control sobre elegibilidad y las rutas asignadas.

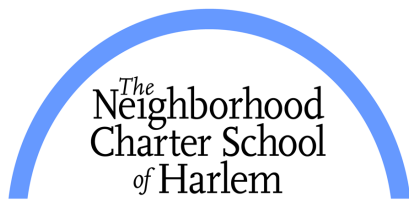
☐ De ser elegible, quisiera los servicios de autobús “yellow bus” para mi niño(a)

☐ De ser elegible, quisiera una “Metro Card” para mi niño(a)

☐ No necesito los servicios de autobús “yellow bus” ni de “Metro Card” para mi niño(a)

Nombre del Estudiante _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____



Autorización de Primeros Auxilios

Autorizo al personal de The Neighborhood Charter School of Harlem que están entrenados en los conceptos básicos de primeros auxilios y RCP a administrar primeros auxilios y/o RCP a mi niño(a) de ser necesario.

Entiendo que se harán todos los esfuerzos posibles para contactarme en caso de una emergencia que requiera darle atención médica a mi niño(a). De no poder ser contactado o si la escuela determina que el retraso en contactarme pueda ser peligroso para la salud de mi niño(a), autorizo al personal de la escuela para que provean tratamiento médico a mi niño(a). De ser necesario, se coordinará transporte de emergencia para toda lesión o enfermedad que requiera atención médica si el padre no puede ser contactado. The Neighborhood Charter School of Harlem no será responsable de los costos de la transportación o cuentas de hospital que se incurran como resultado de esta acción y estoy de acuerdo con indemnizar a The Neighborhood Charter School of Harlem contra cualquier reclamación de este tipo.

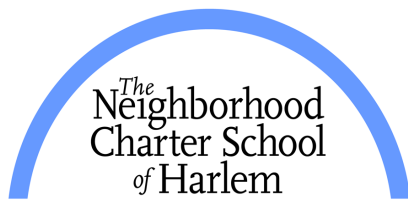
Contactos de Emergencia (Favor proveer el/los nombre(s) de la(s) persona(s), que no sean los padres, que puedan ser contactadas en caso de emergencia o para recoger el/la estudiante de la escuela)

Contacto _____	Tel. Hogar: (_____) _____ - _____
Relación con el estudiante _____	Tel. Celular: (_____) _____ - _____
Contacto _____	Tel. Hogar: (_____) _____ - _____
Relación con el estudiante _____	Tel. Celular: (_____) _____ - _____
Contacto _____	Tel. Hogar: (_____) _____ - _____
Relación con el estudiante _____	Tel. Celular: (_____) _____ - _____

Nombre del niño(a) _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha: _____



Historial Médico del Estudiante

Nombre del Estudiante (Legal) _____			
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____		Grado que entra _____	

Información del Médico

Nombre del Doctor _____	Nombre del Dentista _____
Teléfono del Doctor _____	Teléfono del Dentista _____
Seguro Médico: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Seguro Dental: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Medicamentos que toma actualmente

--

Historial Médico (Favor incluir cualquier información que nos pueda ayudar a proveer servicios de salud a su niño(a). Por ejemplo, hospitalizaciones, enfermedades, fracturas, etc.)

--

Alergias

--

Nombre del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please
Print Clearly
Press Hard

STUDENT ID NUMBER
OSIS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TO BE COMPLETED BY 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	Phone Numbers Home Cell Work
Health insurance <input type="checkbox"/> Yes (including Medicaid)? <input type="checkbox"/> No		Parent/Guardian Last Name <input type="checkbox"/> Parent/Guardian <input type="checkbox"/> Foster Parent		First Name			

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER If "yes" to any item, please explain (attach addendum, if needed)

Birth history (age 0-6 yrs) <input type="checkbox"/> Uncomplicated <input type="checkbox"/> Premature: _____ weeks gestation <input type="checkbox"/> Complicated by _____ Allergies <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) _____		Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following? <input type="checkbox"/> Asthma (check severity and attach MAF/Asthma Action Plan): <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"/> Inhaled corticosteroid <input type="checkbox"/> Other controller <input type="checkbox"/> Quick relief med <input type="checkbox"/> Oral steroid <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Attention Deficit Hyperactivity Disorder <input type="checkbox"/> Orthopedic injury/disability <input type="checkbox"/> Chronic or recurrent otitis media <input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Congenital or acquired heart disorder <input type="checkbox"/> Speech, hearing, or visual impairment <input type="checkbox"/> Developmental/learning problem <input type="checkbox"/> Tuberculosis (latent infection or disease) <input type="checkbox"/> Diabetes (attach MAF) <input type="checkbox"/> Other (specify) _____		Medications (attach MAF if in-school medication needed) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below) _____ _____ Dietary Restrictions <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below) _____	
Explain all checked items above or on addendum					

PHYSICAL EXAMINATION

Height _____ cm (____ %ile)
 Weight _____ kg (____ %ile)
 BMI _____ kg/m² (____ %ile)
 Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile)
 Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____

General Appearance:

NI Abnl	HEENT	NI Abnl	Lymph nodes	NI Abnl	Abdomen	NI Abnl	Skin	NI Abnl	Psychosocial Development
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Language
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Back/spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Behavioral

Describe abnormalities:

DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs) <input type="checkbox"/> Within normal limits If delay suspected, specify below <input type="checkbox"/> Cognitive (e.g., play skills) _____ <input type="checkbox"/> Communication/Language _____ <input type="checkbox"/> Social/Emotional _____ <input type="checkbox"/> Adaptive/Self-Help _____ <input type="checkbox"/> Motor _____	SCREENING TESTS		Date Done		Results		
	Blood Lead Level (BLL) (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk)		____/____/____		_____ µg/dL		
	Lead Risk Assessment (annually, age 6 mo-6 yrs)		____/____/____		<input type="checkbox"/> At risk (do BLL) <input type="checkbox"/> Not at risk		
	Hearing <input type="checkbox"/> Pure tone audiometry <input type="checkbox"/> OAE		____/____/____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		
Hemoglobin or Hematocrit (age 9-12 mo)		Head Start Only		____/____/____		_____ g/dL _____ %	
Tuberculosis Only required for students entering intermediate/middle/junior or high school who have not previously attended any NYC public or private school		Date Done		Results		Results	
PPD/Mantoux placed		____/____/____		Induration _____ mm		_____	
PPD/Mantoux read		____/____/____		<input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos		_____	
Interferon Test		____/____/____		<input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos		_____	
Chest x-ray (if PPD or Interferon positive)		____/____/____		<input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Not <input type="checkbox"/> Abnl Indicated		_____	
Vision (required for new school entrants and children age 4-7 yrs)		____/____/____ <input type="checkbox"/> with glasses		Acuity Right ____ / ____ Left ____ / ____ Strabismus <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		_____	

IMMUNIZATIONS - DATES

CIR Number
of Child

--	--	--	--	--	--	--	--

Hep B ____/____/____
 Rotavirus ____/____/____
 DTP/DTaP/DT ____/____/____
 Hib ____/____/____
 PCV ____/____/____
 Polio ____/____/____

Influenza ____/____/____
 MMR ____/____/____
 Varicella ____/____/____
 Td ____/____/____
 Tdap ____/____/____
 Meningococcal ____/____/____
 HPV ____/____/____
 Other, Specify: ____/____/____; ____/____/____

RECOMMENDATIONS

☐ Full physical activity ☐ Full diet

☐ Restrictions (specify) _____
Follow-up Needed ☐ No ☐ Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____
Referral(s): ☐ None ☐ Early Intervention ☐ Special Education ☐ Dental ☐ Vision
☐ Other _____

ASSESSMENT

☐ Well Child (V20.2) ☐ Diagnoses/Problems (list)

ICD-9 Code

Health Care Provider Signature

Date ____/____/____

DOHMH
ONLY

PROVIDER
I.D.

--	--	--	--	--	--

Health Care Provider Name and Degree (print)

Provider License No. and State

Facility Name

National Provider Identifier (NPI)

Address City State Zip

Date Reviewed: ____/____/____ I.D. NUMBER

Telephone (____) _____ - _____ Fax (____) _____ - _____

REVIEWER: _____

NOTE: Parent signature required on reverse side of this form. Current photograph of student MUST be attached to upper left corner of this form.

MEDICATION ADMINISTRATION FORM Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2012–2013	Student's Name <i>(Last, First, Middle)</i>		Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>		Date of Birth	I.D. Number	
	DOE District	School (PS, IS, etc. and Name)			Grade	Class	Borough
	School Address						Zip Code

1. Diagnosis ASTHMA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Choose Severity: <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent* <input type="checkbox"/> Mild Persistent* <input type="checkbox"/> Severe Persistent* *National guidelines recommend inhaled corticosteroids for children with persistent asthma. <u>Stock supply only available for Ventolin HFA.</u> (<i>see back</i>) Choose One: <input type="checkbox"/> Ventolin HFA (may be provided by school for shared usage). <input type="checkbox"/> _____ HFA (to be provided by parent). <small>ADD MEDICATION NAME</small> <input type="radio"/> May substitute stock ventolin <input type="radio"/> May not substitute stock ventolin INDICATE HOME MEDS IN BOTTOM LEFT BOX.						<i>Choose all that apply</i> <input type="checkbox"/> Standard order. 2 puffs q 4 hrs. via MDI and spacer prn cough, wheeze, tightness in chest, difficulty breathing or shortness of breath. May repeat in 15 mins x 2 if no improvement (3 total). <input type="checkbox"/> Pre exercise. 2 puffs via MDI with spacer 15-30 minutes before exercise. <input type="checkbox"/> URI or recent asthma flare (within 3 days). 2 puffs @ noon via MDI inhaler and spacer for 3-5 days. URI sx can include: Itchy watery eyes, nasal drainage and/or congestion, sneezing, sore throat, cough, headache Asthma flare: sx can include: Shortness of breath, chest tightness or pain, coughing, wheezing ICD9: _____				<i>Instructions for lack of improvement or adverse reaction</i> If improved, but not enough to return to class, call parent. If significant respiratory distress persists, call 911 and notify parent and PMD. May provide additional puffs as needed until EMS arrives.		<i>Choose all that are appropriate</i> <input type="checkbox"/> Student may carry medication and may self-administer. (<i>PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</i>). <input type="checkbox"/> Store medication in medical room and student to self-administer under observation. <input type="checkbox"/> Store medication in medical room and nurse to administer. <input type="checkbox"/> Can this student self administer their personal MDI on school trips. Check one: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
2. Diagnosis: Anaphylaxis Select One: <input type="checkbox"/> EpiPen Auto-Injector: 0.3 mg/0.3 ml [1:1000] <input type="checkbox"/> EpiPen Jr. Auto-Injector: 0.15 mg/0.3 ml [1:2000] Intramuscularly into anterolateral aspect of thigh 911 will be called immediately						<input type="checkbox"/> prn _____ <i>specific signs, symptoms or situations</i> Any repeats if no improvement? <input type="checkbox"/> Yes, in ____ mins, max ____ times ICD9: _____				Conditions under which medication should not be given: _____ _____ _____		<input type="checkbox"/> Student may carry medication (includes epi pen and MDI) and may self-administer. (<i>PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</i>). NOT FOR CONTROLLED SUBSTANCES. <input type="checkbox"/> Store medication in medical room and student to self-administer under observation. <input type="checkbox"/> Store medication in medical room and nurse to administer.	
3. Diagnosis _____ Medication/Preparation/Concentration _____ Dose/Route _____ <input type="checkbox"/> Diagnosis substantially controlled with medication. <input type="checkbox"/> Diagnosis not substantially controlled with medication.						<input type="checkbox"/> Standing daily dose. Specify time(s): _____ ----- AND/OR ----- <input type="checkbox"/> prn _____ <i>specific signs, symptoms or situations</i> Time interval: q _____ hours as needed Any repeats if no improvement? <input type="checkbox"/> Yes, in ____ hr/mins, max ____ times ICD9: _____				Conditions under which medication should not be given: _____ _____ _____		<input type="checkbox"/> Student may carry medication (includes epi pen and MDI) and may self-administer. (<i>PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</i>). NOT FOR CONTROLLED SUBSTANCES. <input type="checkbox"/> Store medication in medical room and student to self-administer under observation. <input type="checkbox"/> Store medication in medical room and nurse to administer.	
List medication(s) student takes at home and at what time:		Health Care Practitioner (HCP) Name (PLEASE PRINT) LAST NAME FIRST NAME			HCP Signature		FOR DOHMH USE: Revisions per DOHMH after consultation with prescribing provider <input type="checkbox"/> IEP						
		HCP/Clinic Address			Medicaid No.	NPI No.							
		HCP/Clinic Tel. No.	HCP/Clinic Fax No.	HCP/Email	NYS Registration No. (Required)	Date							

INCOMPLETE PROVIDER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

FORMULARIO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (MAF): CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN
2012-2013

Por la presente, autorizo el almacenamiento y la administración de medicamentos, así como también, el almacenamiento y el uso del equipo necesario para la administración de dichos medicamentos, según las instrucciones del médico de mi hijo. Tengo entendido que le debo entregar a la escuela los medicamentos y el equipo necesario para administrarlos, entre ellos inhaladores que no sean de la marca *Ventolin*. Los medicamentos deben estar en el envase original suministrado por la farmacia, con la correspondiente etiqueta (deberé obtener otro envase similar para el uso fuera de la escuela); la etiqueta del medicamento recetado deberá incluir el nombre del estudiante, el nombre y el número telefónico de la farmacia, el nombre del profesional con licencia que recetó el medicamento, la fecha y el número de recargas, el nombre del medicamento, la dosis, la frecuencia de administración, la vía de administración u otras indicaciones; los medicamentos de venta libre y las muestras de medicamentos deberán estar en el envase original del fabricante, con el nombre del estudiante en el envase. Entiendo que si yo proporciono un inhalador para el asma, debe estar en su caja original, SIN ABRIR. Además, tengo entendido que deberé comunicar inmediatamente al director o a su(s) representante(s), especialmente al enfermero escolar, cualquier cambio que se produzca en la receta médica o en las instrucciones mencionadas más arriba.

Tengo entendido que ningún estudiante está autorizado a llevar ni administrarse a sí mismo sustancias controladas.

Entiendo que esta autorización sólo es válida hasta lo que ocurra primero: (1) el **28 de junio de 2013** (esta receta se puede extender hasta el mes de agosto si el estudiante asiste al programa de escuela de verano auspiciado por el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, de ahora en adelante el "Departamento"); o (2) el momento en que yo le entregue al director o a su(s) representante(s) y al enfermero una nueva receta o las instrucciones suministradas por el médico de mi hijo que expliquen la administración del medicamento recetado que se menciona anteriormente. Al presentar este MAF, estoy solicitando que el "Departamento" y el Departamento de Salud y Salud Mental (DOHMH, por sus siglas en inglés) de la Ciudad de Nueva York le presten a mi hijo servicios médicos específicos a través de la Oficina de Salud Escolar (OSH, por sus siglas en inglés). Entiendo que parte de estos servicios puede implicar una evaluación por un médico de la OSH en lo concerniente a la forma en que mi hijo responde al medicamento prescrito. En este formulario MAF se encuentra toda la información e instrucciones completas para la prestación de los servicios médicos mencionados anteriormente. Tengo entendido que el Departamento, el DOHMH y sus funcionarios y los empleados relacionados con la prestación de los servicios, confían en la exactitud de la información incluida en este formulario. Es mi intención que mi hijo reciba los servicios médicos conforme a la información y a las instrucciones que aparecen en este MAF. Tengo entendido igualmente que el Departamento, el DOHMH y sus funcionarios no son responsables de ninguna reacción adversa que pudieran provocar los medicamentos.

Reconozco que este formulario no constituye un contrato con el Departamento ni el DOHMH para la prestación de los servicios requeridos sino, al contrario, mi solicitud, consentimiento y autorización para la prestación de dichos servicios. Si se determina que estos servicios son necesarios, es posible que también sea necesario presentar un Plan de adaptaciones para el estudiante, que será completado por la escuela.

Por la presente, autorizo al Departamento, el DOHMH y sus empleados y representantes a comunicarse con el proveedor y el farmacéutico que han prestado servicios médicos o de salud a mi hijo, consultar con dichos proveedores y obtener todo tipo de información adicional que ellos consideren necesaria relacionada con la condición médica, los medicamentos o el tratamiento de mi hijo.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR CUENTA PROPIA: coloque sus iniciales en este párrafo relacionado con el uso de un estuche para reacciones anafilácticas *Epi-Pen*, un inhalador contra el asma u otros medicamentos aprobados para administrarse por cuenta propia del paciente):

____ Por la presente certifico que mi hijo ha recibido instrucciones completas y está capacitado para administrarse el medicamento recetado. Además, autorizo a mi hijo a llevar a la escuela, conservar consigo y administrarse el medicamento recetado que se menciona anteriormente. Reconozco que soy responsable de entregar a mi hijo los medicamentos necesarios descritos anteriormente en envases con la etiqueta correspondiente y controlar el uso de dichos medicamentos, como así también de las consecuencias por el uso de dicho medicamento en la escuela por parte de mi hijo. Autorizo también al Departamento, al DOHMH, a sus representantes y empleados, incluyendo al director, su(s) representante(s), enfermero escolar y maestros de mi hijo, a administrar dicho medicamento según las instrucciones del médico de mi hijo en caso de que, temporalmente, mi hijo no pueda administrarse dichos medicamentos por su cuenta. Tengo entendido que el enfermero escolar verificará la capacidad de mi hijo para conservar consigo y administrarse los medicamentos en forma responsable dentro de la escuela. Además, acepto llevar medicamentos "de repuesto" en un envase que lleve una etiqueta clara para poder conservarlos en la enfermería, en caso de que mi hijo no tenga medicamentos suficientes para administrárselos por su cuenta.

____ Autorizo también al director, su(s) representante(s) y enfermero escolar a administrar dicho medicamento a mi hijo en caso de que, temporalmente, mi hijo sea temporalmente incapaz de conservar consigo y administrarse dichos medicamentos por su cuenta.

____ Por la presente certifico que he consultado con el proveedor de cuidados de salud para mi hijo y que autorizo a la Oficina de Salud Escolar para que administre inhaladores de la marca *Ventolin* a la mano en caso de que los medicamentos recetados de mi hijo no se encuentren disponibles.

Usted debe enviar con su hijo el inhalador dosificador personal (MDI) del niño en un día de excursión escolar, de modo que el estudiante cuente con ese recurso. El Ventolin de las existencias de la escuela se usa **sólo** cuando su hijo se encuentra en el recinto escolar.

Escriba en letra de imprenta el nombre, el apellido y el domicilio de uno de los padres o tutores a continuación:

Firma de uno de los padres o tutores

Fecha de la firma

N.º de teléfono durante el día

N.º de teléfono del hogar

NO ESCRIBA A CONTINUACIÓN (PARA USO EXCLUSIVO DEL DOE/DOHMH)
(FOR DOE AND DOHMH ONLY)

Student's Name: _____

OSIS No: _____

Received by: _____
Name Date

Reviewed by: _____
Name Date

Referred to School 504 Coordinator ☐ Yes ☐ No

Self-Administers/Self-Carries: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse ☐ DOHMH Public Health Adv.

☐ School Based Health Center ☐ DOE School Staff

Signature and Title: _____
(RN OR MD)

(Date school notified and form forwarded to DOE Liaison)

Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York / The New York City Department of Education
Encuesta para identificar el idioma del hogar a completarse por padres o tutores / Parent/Guardian Home Language Identification Survey

Estimados padres o tutores:

Para brindar a su hijo la mejor educación posible, es necesario determinar el dominio que éste posee del idioma inglés en cuanto a la comprensión, expresión oral, lectura y escritura. Con el objetivo de mantenerlo informado, también necesitamos saber en qué idioma desea usted recibir la información importante que le envía la escuela. Apreciaremos mucho la ayuda que nos brindará al responder a las preguntas que aparecen a continuación.

Gracias.

**A COMPLETARSE POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA O DEL CENTRO DE INSCRIPCIÓN
 TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL**

District:	Date:	
School:	Name of Student:	
Grade:	Class:	Student ID No.:
Relationship of person providing information for survey (check one):		
Mother <input type="checkbox"/>	Guardian <input type="checkbox"/>	
Father <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	(specify):
If an interview is conducted, list interviewer's name and title or relationship.		
In what language?		
If an interpreter is provided, list name and position/relationship:		
Is the interpreter trained/qualified (e.g., bilingual teacher, Translation & Interpretation Unit staff)? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Eligible for LAB-R testing? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Person determining LAB eligibility and signature:		
Lab Coordinator name and signature:		
OTELE ALPHA CODE:		
Program Placement: Transitional Bilingual Education <input type="checkbox"/>		
(Is this a transfer? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Dual Language <input type="checkbox"/>		
Freestanding ESL <input type="checkbox"/>		

PARTE 1. REQUISITOS PARA RENDIR LOS EXÁMENES LAB-R / PART 1. LAB-R ELIGIBILITY:

Esta información determinará si reúne los requisitos para rendir la serie actualizada de exámenes de idioma (LAB-R, por sus siglas en inglés). Marque con un ✓ la casilla que corresponda. Si su respuesta es otro idioma, por favor especifíquelo en inglés.

This information will establish eligibility for the English Language Assessment Battery-Revised (LAB-R). (✓) box that applies. If another language is used, please specify in English.

1. ¿Qué idioma comprende el niño? / What language does the child understand ?			
Inglés / English <input type="checkbox"/>	Español / Spanish <input type="checkbox"/>	Otro / Other <input type="checkbox"/>	
2. ¿Qué idioma habla el niño? / What language does the child speak ?			
Inglés / English <input type="checkbox"/>	Español / Spanish <input type="checkbox"/>	Otro / Other <input type="checkbox"/>	
3. ¿Qué idioma lee el niño? / What language does the child read ?			
Inglés / English <input type="checkbox"/>	Español / Spanish <input type="checkbox"/>	Otro / Other <input type="checkbox"/>	No lee / Does not read <input type="checkbox"/>
4. ¿En qué idioma escribe el niño? / What language does the child write ?			
Inglés / English <input type="checkbox"/>	Español / Spanish <input type="checkbox"/>	Otro / Other <input type="checkbox"/>	No escribe / Does not write <input type="checkbox"/>
5. ¿Qué idioma se habla en el hogar o residencia del niño con mayor frecuencia ? What language is spoken in the child's home or residence most of the time ?			
Inglés / English <input type="checkbox"/>	Español / Spanish <input type="checkbox"/>	Otro / Other <input type="checkbox"/>	

Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York / The New York City Department of Education
Encuesta para identificar el idioma del hogar a completarse por padres o tutores / Parent/Guardian Home Language Identification Survey

6. ¿En qué idioma habla el niño con sus padres o tutores con mayor frecuencia? In what language does the child speak with parents/guardians most of the time?		
Inglés / English <input type="checkbox"/>	Español / Spanish <input type="checkbox"/>	Otro / Other <input type="checkbox"/>
7. ¿En qué idioma habla el niño con sus hermanos, hermanas o amigos con mayor frecuencia? In what language does the child speak with brothers, sisters, or friends most of the time?		
Inglés / English <input type="checkbox"/>	Español / Spanish <input type="checkbox"/>	Otro / Other <input type="checkbox"/>
8. ¿En qué idioma habla el niño con otros parientes o personas a cargo (por ejemplo, niñeras) con mayor frecuencia? In what language does the child speak with other relatives or caregivers (e.g., babysitters) most of the time?		
Inglés / English <input type="checkbox"/>	Español / Spanish <input type="checkbox"/>	Otro / Other <input type="checkbox"/>

PARTE 2. PLANIFICACIÓN EDUCATIVA / PART 2. INSTRUCTIONAL PLANNING:

Las respuestas a las siguientes preguntas adicionales se utilizarán para la planificación educativa. Ingrese la respuesta correcta en inglés para cada pregunta sobre su hijo.

Responses to these supplementary questions will be used for instructional planning. Enter the correct response in English for each of the following questions concerning your child.

1. ¿Es la primera vez que el niño asiste a una escuela en Estados Unidos? Is this the first time the child has attended a school in the United States?		<input type="checkbox"/> Sí / Yes	<input type="checkbox"/> No / No
SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA: / IF NO:			
¿Dónde se encontraba la escuela a la que asistía? Where did he/she go to school?			
¿Durante cuánto tiempo asistió a la escuela? How long did he/she attend school?			
¿En qué idioma se impartía la enseñanza? Which language was used for instruction?			
2. ¿El niño asistió a la escuela en <u>otro país?</u> Has the child attended school in <u>another country?</u>		<input type="checkbox"/> Sí / Yes	<input type="checkbox"/> No / No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA: / IF YES:			
¿Dónde se encontraba la escuela a la que asistía? Where did he/she go to school?			
¿Durante cuánto tiempo asistió a la escuela? How long did he/she attend school?			
¿En qué idioma se impartía la enseñanza? Which language was used for instruction?			
3. ¿El niño participó de alguna experiencia grupal antes de ingresar a la escuela (por ejemplo, guardería o preescolar)? Did the child participate in any group experience prior to entering school (e.g., daycare, pre-school)?		<input type="checkbox"/> Sí / Yes	<input type="checkbox"/> No / No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA: ¿qué idioma se utilizaba? / IF YES: What language was used?			
4. ¿El niño utiliza otro(s) medio(s) de comunicación, tales como el lenguaje de señas americano (ASL, por sus siglas en inglés) o un dispositivo de comunicación aumentativa (por ejemplo, un tablero de comunicación manual o electrónico)? Does the child use any other form(s) of communication, such as American Sign Language or Augmentative Communication Device (e.g., Communication Board-manual/electronic)?		<input type="checkbox"/> Sí / Yes	<input type="checkbox"/> No / No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA: ¿cuáles son estos medios? / IF YES: Which ones?			

PARTE 3. INFORMACIÓN DE LOS PADRES / PART 3. PARENT INFORMATION:

Las respuestas a las siguientes preguntas adicionales se utilizarán para que el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (NYCDOE, por sus siglas en inglés) se pueda comunicar con usted en el idioma de su preferencia. Por favor escriba sus respuestas en inglés.

Responses to these supplementary questions will be used so that the NYC Department of Education can communicate with you in the language of your choice. Please write your responses in English.

1. ¿En qué idioma desearía recibir la información por escrito que envía la escuela? In what language would you like to receive written information from the school?	
2. ¿En qué idioma preferiría comunicarse verbalmente con el personal de la escuela? In what language would you prefer to communicate orally with school staff?	
Firma de uno de los padres / Parent Signature	Fecha (DD/MM/AA) / Date

- All students between 5 and 21 years of age have the right to a free public education.
- Federal law requires the New York City Department of Education to collect and record the ethnic identity and race(s) of public school students.
- Children may not be refused admission to a public school because of race, color, creed, national origin, gender, gender identity, pregnancy, immigration/citizenship status, disability, sexual orientation, religion, or ethnicity.¹

SCHOOL STAFF: PLEASE COMPLETE THIS SECTION

Borough District School

Grade Code Class Code NYC Student Identification Number

(HIGH SCHOOL ONLY 4-DIGIT)

Date of Birth (Month/Day/Year)						
--------------------------------	--	--	--	--	--	--

Student Name: Last, First, Middle Initial

PARENT/GUARDIAN: PLEASE COMPLETE THIS SECTION

For Question (1), check (✓) the box that best describes your child.

1. Is the student Hispanic, Latino, or of Spanish origin? Hispanic, Latino, or of Spanish origin means a person of Cuban, Dominican, Mexican, Puerto Rican, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

☐ YES, Hispanic

☐ NO, not Hispanic

For Question (2), check (✓) **all** boxes that apply to your child.

2. Select one or more races from the following five racial groups.

☐ **AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE:** A person having origins in any of the original peoples of North America and South America (including Central America. (ATS Code: B)

☐ **ASIAN:** A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian Sub-Continent including for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam. (ATS Code: C)

☐ **NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER:** A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, or other Pacific Islands. (ATS Code: D)

☐ **BLACK:** A person having origins in any of the Black racial groups of Africa. (ATS Code: E)

☐ **WHITE:** A person having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa, or the Middle East. (ATS Code: F)

Signature of Parent/Guardian/Other/School Staff Observer:

Date:

Relationship to Student:

☐ Parent ☐ Guardian ☐ Other (Specify): ☐ School Staff Observer (Name):

Cuestionario sobre la vivienda

Padres, tutores y estudiantes:

Este cuestionario tiene el objetivo de abordar la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435, y debe llenarse para cada estudiante. La información que usted aporta es confidencial. Su hijo no será discriminado en base a la información proporcionada.

Por favor responda las siguientes preguntas acerca de la vivienda del estudiante para ayudar a determinar los servicios a los que el alumno puede tener derecho.

Aviso a las escuelas y a las personas de enlace de vivienda temporal (THL, por sus siglas en inglés): Por favor ayuden a los estudiantes y a las familias a llenar este formulario. No incluyan este formulario en el paquete de inscripción sin más, porque si el estudiante entra en la categoría de residente en una vivienda temporal, **no es necesario que envíe prueba del lugar donde reside** ni otros documentos obligatorios que normalmente serían parte del paquete de inscripción.

Nombre completo del estudiante			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	
N.º de OSIS	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo	Escuela

Por favor identifique la condición actual de vivienda del estudiante. Por favor marque una casilla.

Sólo para uso
de la escuela

Marque (✓)	Condiciones de vivienda	Código ATS
<input type="checkbox"/>	Compartiendo morada El estudiante reside con otra familia o persona porque ha perdido su vivienda o como resultado de una dificultad financiera.	D
<input type="checkbox"/>	Albergue El estudiante reside en un albergue o refugio temporal.	S
<input type="checkbox"/>	En espera de recibir tutela temporal	A
<input type="checkbox"/>	Hotel / Motel Vive en un lugar que NO es un albergue o refugio temporal y que implica pagos.	H
<input type="checkbox"/>	Otra situación de vivienda temporal El estudiante reside en una zona de casas móviles, campamento, automóvil, parque, lugar público, edificio abandonado, calle o cualquier otro lugar inadecuado para vivir.	T
<input type="checkbox"/>	Vivienda permanente Estudiante que vive en condiciones de vivienda fijas, normales y adecuadas.	P

Si el estudiante NO vive en una vivienda permanente, también indique si lo siguiente se aplica a su caso:

Sólo para uso
de la escuela

<input type="checkbox"/>	Jóvenes solos Jóvenes que no se encuentran bajo la custodia de un padre o tutor.	Jóvenes solos Escriba "Sí" si corresponde
--------------------------	--	---

Nombre de padre o tutor (letra de imprenta)

Firma de padre o tutor

Fecha

Por favor devuelva este formulario a la escuela de su hijo.

Aviso: 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 tienen los documentos que normalmente se necesitan, tales como comprobante de domicilio, expediente escolar, certificado de vacunación o certificado de nacimiento. Después de que el estudiante se haya inscrito, la nueva escuela debe comunicarse con la última escuela a la que asistió el estudiante para pedir su expediente educativo, el cual incluye el certificado de vacunación y las personas de enlace para estudiantes en vivienda temporal (STH) deben ayudar al estudiante a obtener los documentos o vacunas que falten. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a un servicio de transporte gratuito y a otros servicios. Por favor remítase a la Disposición del Canciller A-780.

Este cuestionario incluye un documento adjunto de una página titulado
"Ley McKinney-Vento de Asistencia a las Personas Sin Vivienda - Guía para estudiantes en vivienda temporal para padres y jóvenes"

Versión revisada el 1/Julio/09