Valley Stream UFSD Thirteen Business Office

585 N. Corona Avenue - Valley Stream, New York • 11580 •

Judith LaRocca, Ed. D.
SUPERINTENDENTA DE ESCUELAS
516-568-6100

Newville Roberts
OFICIAL DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA
516-872-5694

INFORMACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN

Los residentes nuevos pueden inscribir a sus hijos en edad escolar mediante el paquete de inscripción que obtendrán de su escuela o en la oficina de inscripción central en 1 Kent Road 2° piso, detrás de Memorial High School.
Luego de completar el paquete, la inscripción se realiza en 1 Kent Road. Se debe acudir con cita de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 11:00 a. m., excepto cuando la escuela esté cerrada. Todos los paquetes de inscripción serán analizados antes de que el alumno pueda asistir a clase. Los paquetes de inscripción de la oficina central serán analizados antes de que el alumno pueda asistir a clase. El número telefónico de la oficina de inscripción central es 516-872-5694.

Spanish
Los nuevos residentes pueden inscribir a sus hijos en edad escolar obteniendo un paquete de inscripción de su escuela o en la oficina central de registro en 1 Kent Road, segundo piso, detrás de Memorial High School. Una vez completado el paquete, la inscripción se lleva a cabo en 1 Kent Road con cita previa de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 11:00 a.m., excepto durante el cierre de la escuela. Todos los paquetes de inscripción serán revisados antes de que el estudiante pueda asistir a la escuela. El número de teléfono de la oficina central de registro es 516-872-5694.

Albanian
Banorët e rinj mund të regjistrojnë fëmijët e tyre të moshës shkollore duke marrë një paketë regjistrimi nga shkolla e tyre ose në zyrën qendrore të regjistrimit në 1 Kent Road, kati i 2-të, prapa shkollës së mesme Memorial. Pas përfundimit të paketës, regjistrimi bëhet në 1 Kent Road me takim nga e hëna deri të premten nga ora 9:00. deri në orën 11:00, përveç kohës së mbylljes së shkollës. Të gjitha paketat e regjistrimit do të shqyrtohen përpara se studenti të jetë në gjendje të ndjekë shkollën. Numri i telefonit të zyrës qendrore të regjistrimit është 516-872-5694.

Arabic
يمكن للمقيمين الجدد تسجيل أطفالهم في سن المدرسة بالحصول على رزمة تسجيل من مدرستهم أو في مكتب التسجيل المركزي في 1 كينت رود ، الطابقفي سن المدرسة عن طريق الحصول على حزمة تسجيل من مدرستهم أو في مكتب التسجيل المركزي في 1 Kent Road ، الطابق الثاني ، خلف مدرسة Memorial High School. عند الانتهاء من الحزمة ، يتم التسجيل في 1 Kent Road عن طريق موعد من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 صباحًا. حتى الساعة 11:00 صباحًا ، ما عدا أثناء إغلاق المدرسة. ستتم مراجعة جميع حزم التسجيل قبل أن يتمكن الطالب من الذهاب إلى المدرسة. رقم هاتف مكتب التسجيل المركزي 516-872-5694.

Bengla
নতুন বাসিন্দারা তাদের স্কুল থেকে একটি রেজিস্ট্রেশন প্যাকেট নিয়ে বা মেমোরিয়াল হাই স্কুলের পিছনে 1 কেন্ট রোড, 2য় তলায় কেন্দ্রীয় রেজিস্ট্রেশন অফিসে তাদের স্কুল-বয়সী শিশুদের নিবন্ধন করতে পারে। প্যাকেটটি সম্পূর্ণ হওয়ার পরে, রেজিস্ট্রেশন 1 কেন্ট রোডে সোমবার থেকে শুক্রবার সকাল 9:00 এ অ্যাপয়েন্টমেন্টের মাধ্যমে অনুষ্ঠিত হয়। 11:00 A.M. পর্যন্ত, স্কুল বন্ধের সময় ছাড়া। শিক্ষার্থী স্কুলে যেতে সক্ষম হওয়ার আগে সমস্ত রেজিস্ট্রেশন প্যাকেট পর্যালোচনা করা হবে। কেন্দ্রীয় নিবন্ধন অফিসের ফোন নম্বর হল 516-872-5694.

Chinese (Traditional)

新居民可以通過從他們的學校或在 1 Kent Road, 2nd floor, Memorial High School 後面的中央註冊辦公室獲取註冊包來註冊他們的學齡兒童。完成資料包後，週一至週五上午 9:00 預約在 1 Kent Road 進行註冊。至上午 11:00，學校關閉期間除外。在學生能夠上學之前，將審查所有註冊包。中央登記處電話號碼是 516-872-5694。

Haitian-Creole

Nouvo rezidan yo ka anrejistre timoun ki gen laj lekòl yo lè yo jwenn yon pake enskripsyon nan lekòl yo oswa nan biwo enskripsyon santral la nan 1 Kent Road, 2yèm etaj, dèyè Memorial High School. Lè w fin ranpli pake a, enskripsyon an fèt nan 1 Kent Road sou randevou Lendi jiska Vandredi apati 9:00 A.M. jiska 11:00 A.M., eksepte pandan lekòl fèmen. Tout pake enskripsyon yo pral revize anvan elèv la kapab ale lekòl. Nimewo telefòn biwo enskripsyon santral la se 516-872-5694.

Italian

I nuovi residenti possono registrare i loro figli in età scolare ottenendo un pacchetto di registrazione dalla loro scuola o presso l'ufficio centrale di registrazione in 1 Kent Road, 2° piano, dietro la Memorial High School. Al completamento del pacchetto, la registrazione si terrà in 1 Kent Road su appuntamento dal lunedì al venerdì dalle 9:00. alle 11:00, tranne durante la chiusura delle scuole. Tutti i pacchetti di registrazione saranno esaminati prima che lo studente possa frequentare la scuola. Il numero di telefono dell'ufficio di registrazione centrale è 516-872-5694.

Polish

Nowi mieszkańcy mogą zarejestrować swoje dzieci w wieku szkolnym poprzez uzyskanie pakietu rejestracyjnego ze swojej szkoły lub w centralnym biurze rejestracji przy 1 Kent Road, 2 piętro, za Memorial High School. Po skompletowaniu pakietu rejestracja odbywa się na 1 Kent Road po wcześniejszym umówieniu od poniedziałku do piątku od godziny 9:00. do 11:00, z wyjątkiem zamknięcia szkoły. Wszystkie pakiety rejestracyjne zostaną przejrzane, zanim uczeń będzie mógł uczęszczać do szkoły. Numer telefonu do centralnego biura rejestracyjnego to 516-872-5694.

Punjabi

ਨਵੇਂ ਵਸਨੀਕ ਆਪਣੇ ਸਕੂਲੀ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਮੈਮੋਰੀਅਲ ਹਾਈ ਸਕੂਲ ਦੇ ਪਿੱਛੇ, 1 ਕੈਂਟ ਰੋਡ, ਦੂਜੀ ਮੰਜ਼ਿਲ 'ਤੇ ਸਥਿਤ ਆਪਣੇ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਕੇਂਦਰੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਫ਼ਤਰ ਤੋਂ ਇੱਕ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਪੈਕੇਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਕੇ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਪੈਕੇਟ ਦੇ ਪੂਰਾ ਹੋਣ 'ਤੇ, ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਸਵੇਰੇ 9:00 ਵਜੇ ਤੱਕ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੁਆਰਾ 1 ਕੈਂਟ ਰੋਡ 'ਤੇ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਸਵੇਰੇ 11:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਸਕੂਲ ਬੰਦ ਹੋਣ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ। ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਸਕੂਲ ਜਾਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਾਰੇ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਪੈਕੇਟਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਕੇਂਦਰੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਫ਼ਤਰ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ 516-872-5694 ਹੈ।

Russian

Новые жители могут зарегистрировать своих детей школьного возраста, получив регистрационный пакет в своей школе или в центральном регистрационном офисе по адресу 1 Kent Road, 2-й этаж, за средней школой Memorial. По завершении пакета регистрация проводится по адресу 1 Kent Road по предварительной записи с понедельника по пятницу с 9:00. до 11:00, кроме закрытия школы. Все регистрационные пакеты будут рассмотрены до того, как учащийся сможет посещать школу. Телефон центрального регистрационного бюро: 516-872-5694.

Urdu

نئے رہائشی اپنے اسکول جانے والے بچوں کو اپنے اسکول سے رجسٹریشن پیکٹ حاصل کرکے یا میموریل ہائی اسکول کے پیچھے 1 کینٹ روڈ، دوسری منزل پر واقع مرکزی رجسٹریشن آفس میں رجسٹر کرسکتے ہیں۔ پیکٹ کی تکمیل پر، رجسٹریشن 1 کینٹ روڈ پر پیر سے جمعہ صبح 9:00 بجے تک ملاقات کے ذریعے کی جاتی ہے۔ صبح 11:00 بجے تک، سوائے اسکول بند ہونے کے۔ طالب علم کے اسکول جانے کے قابل ہونے سے پہلے رجسٹریشن کے تمام پیکٹوں کا جائزہ لیا جائے گا۔ مرکزی رجسٹریشن آفس کا فون نمبر 516-872-5694 ہے۔

Traducciones suministradas por Google Translator

Valley Stream UFSD Thirteen Business Office

585 N. Corona Avenue - Valley Stream, New York • 11580 •

Judith LaRocca, Ed. D.
SUPERINTENDENTA DE ESCUELAS
516-568-6100

Newville Roberts
OFICIAL DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA
516-872-5694

INFORMACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN

¡Le damos la bienvenida! Cuando el padre o la madre de un(a) niño(a), la(s) persona(s) con vínculo parental o el/la niño(a), según corresponda, solicite la inscripción en el Distrito, el/la niño(a) será inscrito(a) y comenzará su asistencia el día escolar siguiente, o tan pronto como sea factible, a menos que se haya determinado que el/la niño(a) no tiene derecho a asistir a las escuelas del Distrito.

Las determinaciones acerca de si el/la niño(a) tiene derecho a asistir a las escuelas del Distrito las tomará el Distrito basado en la documentación y las declaraciones suministradas, de conformidad con la ley aplicable y la política del Distrito. Es posible que se realice una reunión con el padre o la madre del/la niño(a), con la(s) persona(s) con vínculo parental o con el/la niño(a), según corresponda, para determinar si el/la niño(a) tiene derecho a asistir a las escuelas del Distrito.

El Distrito se reserva el derecho de cuestionar si el/la niño(a) tiene el derecho de asistir a una escuela del Distrito en cualquier momento. Si el Distrito determina que el/la niño(a) no tiene el derecho de asistir a sus escuelas, el padre o la madre del/de la niño(a), la(s) persona(s) con vínculo parental, o el/la niño(a), según corresponda, serán debidamente notificados, y el/la niño(a) será excluido(a) de asistir a las escuelas del Distrito, a menos que dicha exclusión esté prohibida de otro modo.

A continuación, encontrará una lista de todos los formularios y documentos respaldatorios que deberá presentar para demostrar que su hijo(a) cumple los requisitos para asistir a las escuelas del Distrito. Si no pudiera reunir los documentos indicados a continuación, llame al 516-872-5694 para programar una cita con nuestro registrador.

Los inscritos deben presentar la documentación suficiente o la información necesaria para establecer su residencia.
PARA LA INSCRIPCIÓN DEBE TRAER LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

I. **PRUEBA DE RESIDENCIA EN EL DISTRITO**
II. **PAQUETE DE INSCRIPCIÓN (Formulario "A")**
III. **Formulario "A" (Certificado por notario) ****

- **SI ES PROPIETARIO DE UNA VIVIENDA, debe presentar:**
  - **Escritura ORIGINAL** de la vivienda; y
  - Estado de cuenta **actual** de la hipoteca o factura actual de impuestos inmobiliarios; y
  - UNO de los siguientes **documentos ORIGINALES**: Factura de electricidad/gas, agua, cable/satélite, teléfono, póliza de seguro del propietario de la vivienda, póliza de seguro de automóvil, o la tarjeta de inscripción de votante; y
  - **Formulario "B-1" de declaración jurada del propietario** (Certificado por notario) **

- **SI ESTÁ ALQUILANDO O ARRENDANDO** un apartamento o vivienda, debe presentar:
  - Contrato de alquiler o arrendamiento; y
  - **Formulario "C" de declaración jurada de no propietario/inquilino** (Certificado por notario) **; y

  - **DOS** de los siguientes **documentos ORIGINALES**: Factura de electricidad/gas, agua, cable/satélite, teléfono, póliza de seguro de automóvil, o la tarjeta de inscripción de votante; y
  - Su arrendador también debe completar la **Declaración jurada del arrendador (B -2, jurada)** y presentar las constancias de titularidad requeridas según lo indicado en el punto número 2 anterior. Si bien le solicitamos que presente la Declaración jurada del arrendador, usted puede presentar en cambio la **Declaración del arrendador (B-2, no jurada).**

**Si tuviera problemas para conseguir la certificación notarial solicitada, comuníquese con la oficina de inscripciones del Distrito al 516-872-5694 para obtener ayuda.

INFORMACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN (continuación)

Si usted no pudiera proporcionar la documentación solicitada anteriormente, puede presentar otras formas de documentación o información que establezcan su residencia en el Distrito que incluyen, sin limitaciones, lo siguiente: recibo de ingresos; formulario del impuesto a la renta; facturas de servicios públicos u otras; documentos de membresía (por ej., tarjeta de la biblioteca) basados en la residencia; documento(s) de su registro de votante; licencia de conducir oficial, identificación de no conductor o permiso de aprendiz; identificación emitida por el estado u otra emitida por el gobierno; documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ej., la agencia local de servicios sociales, Federal Office of Refugee Resettlement); pruebas que demuestren la custodia legal del/de la niño(a) que incluyen, sin limitaciones, las órdenes judiciales de la custodia legal o los documentos de la tutela; la declaración de un tercero relacionada con su presencia física en el Distrito (puede solicitar el "Formulario F — Declaración de terceros" en la oficina de inscripciones); u otra información o formas de documentación que establezcan su presencia física en el Distrito.

IV. INFORMACIÓN DEL/DE LA ALUMNO(A)

- Una transcripción**CERTIFICADA** del acta de nacimiento (incluida una transcripción certificada de un acta de nacimiento extranjero o registro de bautismo) donde conste la fecha de nacimiento.

IMPORTANTE: LOS ALUMNOS DE JARDÍN DE INFANTES DEBEN TENER CINCO AÑOS DE EDAD AL 1 DE DICIEMBRE DEL AÑO ESCOLAR EN EL QUE SE ESTÁN INSCRIBIENDO.

  - Si no dispone de una transcripción certificada del acta de nacimiento o del registro de bautismo, puede presentar un pasaporte (incluso un pasaporte extranjero).
  - Si no dispone del pasaporte, puede presentar otra prueba documental que tenga dos años o más de antigüedad (excepto una declaración jurada de edad) que incluyen, sin limitaciones, los siguientes:
    - Licencia de conducir oficial;
    - Identificación emitida por el estado o por el gobierno;
    - Identificación escolar con foto que contenga la fecha de nacimiento;
    - Tarjeta de identificación del consulado;
    - Registros de salud u hospitalarios;
    - Tarjeta de identificación de dependiente militar;
    - Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ej., la agencia local de servicios sociales, Federal Office of Refugee Resettlement);
    - Órdenes judiciales u otros documentos emitidos judicialmente;
    - Documento tribal de nativo americano; o
    - Registros de agencias no lucrativas de voluntariado/asistencia internacional.
- Comprobante de vacunas (por ej., el "Registro de examen médico" adjunto firmado por un médico; o un Certificado de vacunas, firmado por un médico o un centro de salud). No se aceptan las tarjetas amarillas de registro de vacunas.
- Registros académicos (por ej., la última libreta de calificaciones del/de la alumno(a); el formulario de transferencia de la escuela que lo/la envía; I.E.P.).
- Comprobante de cobertura del seguro de salud.

V. INFORMACIÓN DE PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

- El padre o la madre, o la(s) persona(s) con vínculo parental con el/la niño(a) deben presentar **ID CON FOTO VÁLIDA**
- **SI NO ES EL PADRE/LA MADRE BIOLÓGICO(A)**, envíe uno de los siguientes documentos: orden judicial de la custodia, documentos de la tutela, documentos de adopción, documentos de colocación en acogida temporal (por ej., el formulario DS-2999), órdenes judiciales u otros documentos emitidos por el tribunal o por una agencia federal, estatal o local que demuestren el vínculo parental (por ej., la agencia local de servicios, Federal Office of Refugee Resettlement).
- **SI LOS DOCUMENTOS ANTERIORES NO ESTUVIERAN DISPONIBLES** o si no se hubiera presentado la prueba de vínculo parental (por ej., mediante el acta de nacimiento u orden judicial que demuestre el vínculo parental), debe presentar el Formulario "D" de Declaración jurada de custodia legal o el Formulario "E" de Declaración jurada del padre/de la madre, según corresponda. Si tuviera problemas para conseguir la certificación notarial solicitada, comuníquese con la oficina de inscripciones del Distrito al 516-872-5694 para obtener ayuda.

Valley Stream UFSD Thirteen Business Office

585 N. Corona Avenue - Valley Stream, New York • 11580 •

Judith LaRocca, Ed. D.
SUPERINTENDENTA DE ESCUELAS
516-568-6100

Newville Roberts
OFICIAL DE VERIFICACIÓN
DE RESIDENCIA
516-872-5694

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN
FORMULARIO A

ADVERTENCIA

Toda persona que intencionalmente proporcione información falsa acerca de su residencia, puede estar sujeta a sanciones penales. Hacer una declaración falsa sobre la residencia o el derecho a la educación de enseñanza gratuita del Distrito es punible como un delito menor de clase "A". Además, si se determina que el/la niño(a) inscrito(a) reside fuera del Distrito, este puede iniciar medidas legales para cobrar los cargos de la enseñanza. Esos cargos de la enseñanza pueden exceder los $15,000 al año si el/la alumno(a) no tiene el derecho legal de recibir educación de enseñanza gratuita del Distrito. El Distrito se reserva el derecho de investigar la residencia de cualquier alumno(a) utilizando todos los recursos legales disponibles que incluyen, sin limitaciones, registros públicos, visitas al sitio y otros métodos legales de investigación.

Fecha de hoy: _____ ☐ Propietario ☐ Arrendamiento/Alquiler ☐ Otro

Formularios: (B-1) (B-2 y C-1) (D, E, F)

Nombre del/de la alumno(a): _____
Apellido Nombre

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Grado: _____ Sexo M/F

Dirección actual: _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono del hogar: _____

Dirección anterior _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono anterior: _____

Idioma principal que se habla en el hogar: _____

¿Cuál es su vínculo con el/la alumno(a)? (Marque una opción):

☐ Padre/Madre biológico(a)
☐ Tutor legal (Designado por el tribunal)
☐ Padre/Madre de acogida
☐ Persona con vínculo parental

Si se trata de un(a) niño(a) de acogida, indique el nombre de la agencia a continuación:

_____

_____

Valley Stream UFSD Thirteen Business Office

Estado civil de padre/madre/tutor Marque todas las que correspondan:

☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Nunca casado(a)

INFORMACIÓN DE PADRE/MADRE/TUTOR:

Padre/madre/tutor 1: _____ _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre

Vínculo con el/la alumno(a): _____

Dirección particular: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono móvil: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono laboral: _____

Padre/madre/tutor 2: _____ _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre

Vínculo con el/la alumno(a): _____

Dirección particular: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono móvil: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono laboral: _____

Padre/madre/padrastro/madrastra: _____ _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre

Vínculo con el/la alumno(a): _____

Dirección particular: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono móvil: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono laboral: _____

Nombres de todos los hermanos y hermanas, independientemente de que vivan en el mismo hogar o no (continúe al dorso si es necesario):

APELLIDO/ NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA Y GRADO

Valley Stream UFSD Thirteen Business Office

INFORMACIÓN DEL ALUMNO/DE LA ALUMNA

Escuela a la que asistió antes: _____ Último día: _____

Dirección de la escuela anterior: _____

Teléfono de la escuela anterior: _____ Fax: _____

Sitio web o dirección de correo electrónico de la escuela anterior: _____

Dirección del/de la alumno(a) cuando asistía: _____

Preescolar al que asistió: _____

Escuela primaria a la que asistió: _____ Grados: JI 1 2 3 4 5 6

¿Ha asistido su hijo(a) alguna vez a alguna escuela de Valley Stream 13? SÍ NO

Si responde "SÍ", ¿a qué escuela(s), y cuándo (grados/ fechas)? _____

¿Recibe su hijo(a) algún servicio de educación especial? SÍ NO

(Si responde "SÍ", presente una copia del I.E.P. actual)

¿Es el inglés el segundo idioma de su hijo(a)? SÍ NO

Si responde "SÍ", ¿cuál es el idioma principal de su hijo(a)? _____

¿Está su hijo(a) actualmente en un programa de 'Inglés como segundo idioma' (ESL) o 'Inglés como nuevo idioma' (ENL)? SÍ NO

¿Está el/la alumno(a) incluido(a) como exención en la declaración del impuesto a la renta estatal o federal de alguna persona? SÍ NO

¿Cuenta el/la alumno(a) con alguna cobertura de seguro médico, dental, de automóvil, por enfermedad, accidente, salud o de otro tipo? SÍ NO

(Si responde "SÍ", indique el nombre del/de las persona(s) mediante las cuales el/la alumno(a) tiene la cobertura):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

FORMULARIO A
CUESTIONARIO DE RESIDENCIA DEL/DE LA ALUMNO(A)

Nombre de la escuela: _____

Nombre del/de la alumno(a): _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Sexo: M / F Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Edad: _____

Este cuestionario está destinado a cumplir los requisitos de la ley McKinney-Vento, título 42 U.S.C. 1 1435. Responder a esta información sobre su residencia ayuda a determinar los servicios para los cuales el/la alumno(a) califica para recibir.

¿Carece el/la niño(a) de una residencia fija, regular y adecuada para dormir? SÍ NO

Si responde "SÍ" a la pregunta anterior, complete la parte restante del formulario. Si responde "NO", puede detenerse aquí.

¿Dónde vive el/la alumno(a) actualmente? (Marque una casilla)

- ☐ En un motel, hotel, parque de casas rodantes o campamento debido a la falta de vivienda alternativa adecuada.
- ☐ En un refugio de transición o de emergencia.
- ☐ Con más de una familia en una casa o apartamento por haber perdido la vivienda o por dificultades económicas.
- ☐ Mudándose de un lugar a otro.
- ☐ En un lugar que no cuenta con las instalaciones para dormir regularmente, como un estacionamiento de vehículos o campamento, un edificio abandonado, un autobús o en la estación de tren.

Nombre de padre/madre/tutor(es) legal(es): _____

Dirección: _____

Teléfono particular: _____

Teléfono móvil: _____

Entiendo que cualquier declaración falsa realizada en el presente puede ser punible de conformidad con la Ley Penal del estado de Nueva York y puede ser remitida a la Oficina del Fiscal del Distrito.

Firma de Padre/Madre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

NOTA

La siguiente declaración, el requisito de la firma y el requisito de certificación notarial se aplican a todas las secciones del Formulario A.
No se aceptarán solicitudes que no tengan las firmas requeridas.

Las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas. Entiendo que las declaraciones contenidas en esta solicitud están sujetas a verificación por la escuela y el Distrito, y que cualquier declaración falsa me obliga a abonar los cargos de enseñanza o de transporte donde corresponda. También entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela de cualquier cambio o circunstancias que afecten esta solicitud.
Entiendo que realizar cualquier declaración falsa en el presente puede ser punible como un delito menor de clase A de conformidad con la sección 210.45 de la ley penal del estado de Nueva York y puede ser remitida a la Oficina del Fiscal del Distrito.

Yo, _____ por el presente juro (o afirmo) que toda la información suministrada en el Formulario A es verdadera y exacta.

_____ _____
FIRMA FECHA

JURADO ANTE MÍ EL DÍA _____ DE _____ DE 20 _____

_____
NOTARIO PÚBLICO

Valley Stream UFSD Thirteen Business Office

585 N. Corona Avenue - Valley Stream, New York • 11580 •

Judith LaRocca, Ed. D.
SUPERINTENDENTA DE ESCUELAS
516-568-6100

Newville Roberts
OFICIAL DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA
516-872-5694

Estimado(a) Padre/Madre/Tutor:

Valley Stream Union Free School District Thirteen ha adoptado una política que requiere recolectar y registrar la identidad étnica de los alumnos de VS13 de conformidad con las definiciones y categorías federales.

Esta información se utilizará para:

- Reportar la información a los departamentos de educación federal y estatal.
- Planificar los programas educativos y asegurar que estén fácilmente disponibles para todos los alumnos.
- Estudiar los movimientos de los alumnos en los diferentes grupos étnicos cuando se cambian de una escuela a otra.
- Analizar las diferencias en el rendimiento académico, la asistencia y la finalización de la escuela.

Necesitamos su ayuda para cumplir con esta tarea. El Distrito entiende la naturaleza sensible de esta información y desea asegurarle que se mantendrá segura y confidencial de conformidad con todas las leyes y reglamentos estatales y federales de privacidad de los alumnos. Si la información solicitada no es proporcionada en este formulario, un oficial de registros de alumnos de la escuela o del Distrito deberá identificar el grupo al cual el alumno parece pertenecer, con el cual se identifica, o al que la comunidad considera que pertenece.

Gracias por su cooperación.

Valley Stream UFSD Thirteen Business Office

Nombre del/de la alumno(a):_____
Apellido, nombre, inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Grado: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Día Mes Año Actual

INSTRUCCIONES PARA PADRE/MADRE/TUTOR

RESPONDA A LAS PREGUNTAS (1) Y (2).
LÉALAS ATENTAMENTE ANTES DE RESPONDER.

Para la pregunta (1): Marque la casilla que mejor describa a su hijo(a):

1) ¿Es el/la alumno(a) de origen hispano o latino? Definición: una persona de Cuba, México, Puerto Rico, América del Sur o Central, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza.

☐ Sí, es hispano ☐ No, no es hispano

2) Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales. Marque todos los grupos que correspondan a su hijo(a). Debe marcar al menos UNA casilla:

☐ INDÍGENA NATIVO AMERICANO O DE ALASKA: una persona con orígenes en alguno de los pueblos originarios de Norteamérica y que mantiene una identificación cultural a través de una afiliación tribal o reconocimiento de la comunidad, por ej., Cherokee, Mohawk, Inuit.

☐ ASIÁTICO: una persona que tiene orígenes en alguno de los pueblos originales del lejano oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

☐ NATIVO DE HAWÁI O DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO: una persona originaria de alguno de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

☐ NEGRO: una persona originaria de alguno de los grupos raciales negros de África.

☐ BLANCO: una persona originaria de alguno de los pueblos originarios de Europa, África del Norte o el Medio Oriente.

_____
Firma de padre/madre/tutor/otro:

Vínculo con el/la alumno(a): ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Otro (especifique) _____

STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234
OFFICE OF P-12

Lissette Colón-Collins, Comisionada Asistente
Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo

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 del idioma en el hogar (HLQ)

Estimado(a) padre/madre o tutor:
Con el fin de ofrecerle a su hijo(a) la mejor educación posible, necesitamos determinar en qué medida entiende, habla, lee y escribe en inglés, así como debemos conocer su historial personal y escolar anterior. Complete las siguientes secciones que llevan por título Antecedentes de idiomas e Historial de educación. Agradecemos enormemente su ayuda al responder estas preguntas.
Gracias.

Escriba con letra clara cuando complete esta sección.	
Nombre del/de la alumno(a):	
Nombre *Segundo nombre* *Apellido*	
Fecha de nacimiento:	**Género:**
Fecha de nacimiento:	❑ Masculino ❑ Femenino
Mes *Día* *Año*	
Información de padre/madre/persona con vínculo parental:	
Apellido *Nombre* *Vínculo con el/la alumno(a)*	

Código de idioma nativo

Antecedente de idiomas ***(Marque todas las opciones que correspondan)***			
1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del/de la alumno(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ Especifique	
2. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ Especifique	
3. ¿Cuál es el idioma nativo de cada padre/madre/tutor?	❑ Madre _____ Especifique	❑ Padre _____ Especifique	
4. ¿Qué idioma(s) entiende su hijo(a)?	❑ Tutor(es) _____ Especifique		
5. ¿Qué idioma(s) habla su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ Especifique	❑ No habla
6. ¿Qué idioma(s) lee su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ Especifique	❑ No lee
7. ¿Qué idioma(s) escribe su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ Especifique	❑ No escribe

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL DISTRITO EN EL QUE ESTÁ INSCRITO EL/LA ALUMNO(A):	
Información del distrito escolar:	Número de ID del/de la alumno(a) en el sistema de información de alumnos del NYS:
Nombre (número) del Distrito y dirección de la escuela	

Cuestionario del idioma en el hogar (HLQ) - Página dos

Historial de educación
8. Indique la cantidad total de años que su hijo(a) estuvo inscrito(a) en la escuela
9. ¿Cree usted que su hijo(a) quizás tenga dificultades o condiciones que afecten su capacidad de entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? Si responde sí, descríbalas. Sí* No No estoy seguro(a) ❑ ❑ ❑ Si responde Sí, explique: _____ ¿Cuán severas cree usted que son estas dificultades? ❑ Leves ❑ Algo leves ❑ Muy severas
10a. ¿Ha sido su hijo(a) *remitido(a)* alguna vez para una evaluación de educación especial en el pasado? ❑ No Sí* **Complete 10b abajo.* 10b. **Si fue remitido(a) para una evaluación*, ¿ha *recibido* su hijo(a) alguna vez algún servicio de educación especial en el pasado? ❑ No ❑ Sí - Tipo de servicio recibido: _____ Edad a la que recibió los servicios *(marque todas las que correspondan)*: ❑ Desde el nacimiento hasta los 3 años (Intervención temprana) ❑ De los 3 a los 5 años (Educación especial) ❑ A partir de los 6 años (Educación especial) 10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizado (IEP)? ❑ No ❑ Sí
11. ¿Hay algo más sobre su hijo(a) que usted considere importante para informarle a la escuela? *(por ej., talentos especiales, cuestiones de salud, etc.)* _____ _____
12. ¿En qué idioma(s) le gustaría recibir la información de la escuela? _____

_____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____
Firma de padre/madre o persona con vínculo parental *Fecha*

Vínculo con el/la alumno(a): ❑ Madre ❑ Padre ❑ Otro: _____

Ingreso de datos oficiales solamente - Nombre/Puesto del personal que administra el HLQ						
Nombre: _____ Puesto: _____ Si se proporciona un intérprete, indique nombre, puesto y credenciales:						
Nombre/Puesto del personal calificado que analiza el HLQ y que realiza la entrevista individual Nombre: _____ Puesto: _____ Entrevista oral necesaria: ❑ No ❑ Sí						
**Fecha de la entrevista individual _____ Mes Día Año		Resultado de la entrevista individual:	Resultado de la entrevista individual: ❑ Administrar NYSITELL ❑ Dominio de idioma inglés ❑ Consultar al equipo de dominio de idiomas			
Nombre/Puesto del personal calificado que administra NYSITELL Nombre: _____ Puesto: _____						
Fecha de la administración de NYSITELL	_____ Mes Día Año	Nivel de dominio alcanzado en NYSITELL:	❑ Inicial	❑ Emergiendo	❑ En transición	❑ En expansión	❑ Dominio
Para los alumnos con discapacidades, indique las adaptaciones, si las hubiera, administradas de conformidad con el IEP según la recomendación del CSE:						

Inscripción a Valley Stream UFSD Thirteen

Notificación para padres/tutores

El Distrito ofrece programas y servicios de educación especial a los alumnos con discapacidades de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables. Todo padre/madre o persona con vínculo parental que sospeche que su hijo(a) tiene una discapacidad puede remitir al/a la niño(a) para una evaluación del Comité de Educación Especial (CSE) del Distrito para determinar si cumple los requisitos de los programas y servicios de educación especial.
Información más detallada sobre este proceso está disponible en la *Guía de Educación Especial para los Padres*, que se publica en el sitio web del New York State Education Department en inglés y en español.

Manual en inglés:

http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentguide.htm

Manual en español:

http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/spanishparentguide.htm

Los padres o las personas con vínculo parental pueden comunicarse con la Oficina del Comité de Educación Especial (CSE) del Distrito al 516-568-6260 para más información.

Inscripción a Valley Stream UFSD Thirteen

Servicios de educación especial anteriores

Nombre del/de la alumno(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección actual: _____ Número de teléfono: _____

Última escuela a la que asistió: _____ Distrito: _____

Dirección de la escuela: _____ Teléfono de la escuela: _____

Nombre de maestro/consejero: _____ Grado completado: _____

¿Recibió el/la alumno(a) algún servicio de educación especial? (Marque uno) ☐ No ☐ Sí
Si responde "SÍ" a lo anterior, complete:

Tipo de programa de educación especial al que asistió:

☐ Clase de educación especial
☐ Clase de educación especial integrada
☐ Educación especial BOCES: Nombre de la escuela: _____
☐ Otro (Especifique tipo de programa/nombre de la escuela): _____
☐ Sala de recursos
☐ Servicios relacionados solamente

Servicios relacionados proporcionados en la colocación más reciente: marque todos los que correspondan

☐ Habla/Lenguaje
☐ Fisioterapia
☐ Orientación
☐ Servicios de audición
☐ Terapia ocupacional
☐ Servicios de la vista

Clasificación: (si la sabe)

☐ No sabe
☐ Trastorno emocional
☐ Sordera-Ceguera
☐ Incapacidad visual
☐ Discapacidad del aprendizaje
☐ Otra incapacidad de salud
☐ Incapacidad ortopédica
☐ Lesión cerebral traumática
☐ Discapacidades múltiples
☐ Discapacidad auditiva
☐ Incapacidad del habla
☐ Autismo
☐ Sordera

¿Tiene una copia del último IEP de su hijo(a)? ☐ **NO** ☐ **SÍ (adjunte)**

Nombre del Presidente/Director de educación especial del CSE: _____
Dirección de la oficina del CSE: _____ Teléfono: _____

DIVULGACIÓN DE REGISTROS/INFORMACIÓN A VALLEY STREAM UNION-FREE SCHOOL DISTRICT THIRTEEN

Autorizo a la escuela y al CSE indicados anteriormente a divulgar las evaluaciones académicas, psicológicas, psiquiátricas, médicas y todas las demás evaluaciones, IEP y registros a Valley Stream UFSD Thirteen. Tengo conocimiento de que todos los registros se mantendrán en confidencialidad y su acceso estará limitado al personal escolar que trabaja con mi hijo(a). Entiendo que puedo revisar todos los registros. También doy mi consentimiento al personal del distrito que trabaja con mi hijo(a) (director, psicólogo, asistente social, maestros de educación regular o especial, proveedores de servicios relacionados, consejeros orientadores o el Presidente del CSE) para que hable con las personas de la escuela y de la oficina del CSE mencionadas anteriormente. Tengo conocimiento de que mi consentimiento es voluntario y puede ser retirado en cualquier momento.

_____ _____
Firma de padre/madre/persona con vínculo parental Fecha

Envíe copias de todos los registros y evaluaciones a:

Valley Stream UFSD Thirteen
Committee on special Education
Willow Road School
880 Catalpa Drive
Franklin Square, NY 11010

Inscripción a Valley Stream UFSD Thirteen

DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO
FORMULARIO B-1

NOMBRE DEL/DE LA ALUMNO(A) (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

_____

Apellido Nombre

ADVERTENCIA

Toda persona que intencionalmente proporcione información falsa acerca de su residencia, puede estar sujeta a sanciones penales. Hacer una declaración falsa sobre la residencia o sobre el derecho a la educación de enseñanza gratuita del distrito es punible como un delito menor de clase A. Además, si se determina que el/la niño(a) inscrito(a) reside fuera del Distrito, este puede iniciar medidas legales para cobrar los cargos de la enseñanza. Dichos cargos de la enseñanza pueden exceder los $15,000 al año si el/la alumno(a) no tiene el derecho legal de recibir educación de enseñanza gratuita del distrito. El distrito se reserva el derecho de investigar la residencia de cualquier alumno(a) utilizando todos los recursos legales disponibles que incluyen, sin limitaciones, registros públicos, visitas al sitio y otros métodos legales de investigación.

ESTADO DE NUEVA YORK }
} SS:_____
CONDADO DE }

Yo, _____, tras haber prestado debido juramento, declaro y manifiesto que:
Nombre del propietario

1. Con la plena comprensión de los requisitos para la matrícula, solicito que

   _____ sea admitido/a a las escuelas de Valley
   Nombre(s) del/de los alumno(s)
   Stream UFSD Thirteen como residente del distrito.

2. Soy el propietario legal de la propiedad inmueble ubicada en:

   _____.
   Dirección de la propiedad

3. El/la alumno(a) reside actualmente en la propiedad mencionada anteriormente.

4. La información suministrada en esta declaración y la solicitud de inscripción es verdadera.

5. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela si se produjera algún cambio o circunstancia con respecto a esta declaración (por ej., si se modifica mi dirección o la del/de la alumno(a), o si el/la alumno(a) deja de residir en el Distrito).

Inscripción a Valley Stream UFSD Thirteen

Yo, _____ por el presente juro (o afirmo) que toda
Nombre del propietario

la información que suministré en el formulario B-1 es verdadera y exacta.

_____
Firma del propietario

JURADO ANTE MÍ EL DÍA _____ DE

_____ DE 20 _____

_____
NOTARIO PÚBLICO

Inscripción a Valley Stream UFSD Thirteen

DECLARACIÓN JURADA DEL ARRENDADOR
FORMULARIO B-2

NOMBRE DEL/DE LA ALUMNO(A) (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

_____

Apellido Nombre

ADVERTENCIA

Toda persona que intencionalmente proporcione información falsa acerca de su residencia, puede estar sujeta a sanciones penales. Hacer una declaración falsa sobre la residencia o sobre el derecho a la educación de enseñanza gratuita del distrito es punible como un delito menor de clase A. Además, si se determina que el/la niño(a) inscrito(a) reside fuera del Distrito, este puede iniciar medidas legales para cobrar los cargos de la enseñanza. Dichos cargos de la enseñanza pueden exceder los $15,000 al año si el/la alumno(a) no tiene el derecho legal de recibir educación de enseñanza gratuita del distrito. El distrito se reserva el derecho de investigar la residencia de cualquier alumno(a) utilizando todos los recursos legales disponibles que incluyen, sin limitaciones, registros públicos, visitas al sitio y otros métodos legales de investigación.

ESTADO DE NUEVA YORK }
} SS: _____
CONDADO DE }

Yo, _____, tras haber prestado debido juramento, declaro y manifiesto que:
Nombre del propietario

1. Soy el propietario legal de la propiedad inmueble ubicada en:

   _____.
   Dirección de la propiedad

2. Le he alquilado la propiedad a _____.
   Padre/madre/tutor

3. Los términos del alquiler son los siguientes (indique la cantidad del canon de arrendamiento, servicios públicos, etc.):
   _____
   _____
   _____

4. A mi buen saber y entender, la propiedad es actualmente la residencia del padre/madre/tutor y del/de la alumno(a) que se menciona anteriormente.

5. La información suministrada en esta declaración es verdadera. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela cualquier cambio o circunstancia con respecto a esta declaración.

Inscripción a Valley Stream UFSD Thirteen

Yo, _____ por el presente juro (o afirmo) que toda
Nombre del propietario

la información que suministré en el formulario B-2 es verdadera y exacta.

_____
Firma del propietario

JURADO ANTE MÍ EL DÍA _____ DE

_____ DE 20 _____

_____
NOTARIO PÚBLICO

Inscripción a Valley Stream UFSD Thirteen

DECLARACIÓN JURADA DEL NO PROPIETARIO/INQUILINO
FORMULARIO C

NOMBRE DEL/DE LA ALUMNO(A) (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

_____

Apellido Nombre

ADVERTENCIA

Toda persona que intencionalmente proporcione información falsa acerca de su residencia, puede estar sujeta a sanciones penales. Hacer una declaración falsa sobre la residencia o sobre el derecho a la educación de enseñanza gratuita del distrito es punible como un delito menor de clase A. Además, si se determina que el/la niño(a) inscrito(a) reside fuera del Distrito, este puede iniciar medidas legales para cobrar los cargos de la enseñanza. Dichos cargos de la enseñanza pueden exceder los $15,000 al año si el/la alumno(a) no tiene el derecho legal de recibir educación de enseñanza gratuita del distrito. El distrito se reserva el derecho de investigar la residencia de cualquier alumno(a) utilizando todos los recursos legales disponibles que incluyen, sin limitaciones, registros públicos, visitas al sitio y otros métodos legales de investigación.

ESTADO DE NUEVA YORK }
} SS: _____
CONDADO DE }

Yo, _____, tras haber prestado debido juramento, declaro y manifiesto que:
Padre/madre/tutor

1. Con la plena comprensión de los requisitos para la matrícula, solicito que mi hijo(a),

_____.
Nombre del/de la alumno(a)

sea admitido(a) en las escuelas de Valley Stream UFSD Thirteen como residente del Distrito. Entiendo además que si mi hijo(a)/el/la menor a mi cargo no es considerado(a) un(a) residente legítimo(a) de Valley Stream UFSD Thirteen, seré legalmente responsable y se me cobrará el costo anual de la matrícula del distrito escolar con retroactividad al primer día de admisión. Se me ha informado que el distrito escolar puede hacer visitas sin anunciar al hogar a los efectos de verificar la residencia.

2. Yo, _____, soy el Padre/madre/tutor/custodio legal del/de la niño(a)/menor mencionado(a) anteriormente. Resido en (proporcione la dirección y especifique la naturaleza exacta del espacio: apartamento en el sótano, en segundo piso, número de habitaciones, etc.):

_____

_____

_____

Inscripción a Valley Stream UFSD Thirteen

Esta es mi única residencia real y permanente. Mi hijo(a)/el/la menor a mi cargo vive conmigo en dicha dirección y dicha dirección es su única residencia real permanente.

Mi última dirección fue _____.

Mi último número de teléfono fue _____

Comencé a residir en mi dirección actual que es _____

_____ el _____ (fechas).

El convenio de mi vivienda está regido por (marque una):

- ☐ Un contrato oral de alquiler formal (adjunte copia de la declaración jurada del propietario y del alquiler, Formulario B)
- ☐ Otro (adjunte el contrato de alquiler)
- ☐ Los términos y condiciones de mi alquiler son los siguientes (especifique el canon de arrendamiento, etc.):

_____

_____

_____

Firma del inquilino/no propietario

JURADO ANTE MÍ EL DÍA _____ DE

_____ DE 20 _____

_____

NOTARIO PÚBLICO

Entiendo que realizar cualquier declaración falsa en el presente es punible como delito menor de clase A, de conformidad con la sección 210.45 de la Ley Penal del estado de Nueva York, y puede ser remitida a la Oficina del Fiscal del Distrito.

Inscripción a Valley Stream UFSD Thirteen

DECLARACIÓN JURADA DEL CUSTODIO LEGAL/INQUILINO
FORMULARIO D

NOMBRE DEL/DE LA ALUMNO(A) (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

_____

Apellido Nombre

ADVERTENCIA

Toda persona que intencionalmente proporcione información falsa acerca de su residencia, puede estar sujeta a sanciones penales. Hacer una declaración falsa sobre la residencia o sobre el derecho a la educación de enseñanza gratuita del distrito es punible como un delito menor de clase A. Además, si se determina que el/la niño(a) inscrito(a) reside fuera del Distrito, este puede iniciar medidas legales para cobrar los cargos de la enseñanza. Dichos cargos de la enseñanza pueden exceder los $15,000 al año si el/la alumno(a) no tiene el derecho legal de recibir educación de enseñanza gratuita del distrito. El distrito se reserva el derecho de investigar la residencia de cualquier alumno(a) utilizando todos los recursos legales disponibles que incluyen, sin limitaciones, registros públicos, visitas al sitio y otros métodos legales de investigación.

ESTADO DE NUEVA YORK }
} SS: _____
CONDADO DE }

Yo, _____, tras haber prestado debido juramento, declaro y manifiesto que:
Nombre

1. Vivo en _____
Dirección

2. _____ es mi _____ y él/ella vive
Nombre completo del/de la niño(a) *Vínculo del/de la niño(a) con el custodio legal*

conmigo desde _____
Fecha

3. _____ tiene la intención de vivir conmigo por _____
Nombre completo del/de la niño(a) *Período de tiempo*

4. Este convenio de vivienda es: ☐ Permanente ☐ Temporal.

Si es temporal, el acuerdo finalizará el _____ Explique:

_____

_____

5. Describa la(s) razón(es) y el propósito por los que le entregaron el cuidado, la custodia y el control del/de la niño(a) a usted:

_____

6. Dirección(es) anterior(es) donde vivió el/la niño(a):

Calle	Ciudad	Estado	Fechas	Con quién

7. _____ no vive en ninguna otra dirección.
Nombre completo del/de la niño(a)

8. Se suministran alimentos, vestimenta y todas las demás necesidades a _____
Nombre completo del/de la niño(a)

por _____
Nombre del proveedor

9. ¿Pasará el/la niño(a) noches, fines de semana, días festivos o feriados en otro lugar? Si es así, explique:
_____
_____

10. ¿Tienen ambos padres la intención de permanecer en su dirección actual? ☐ SÍ ☐ NO

Explique: _____

11. ¿Dónde están registrados ambos padres para votar? Madre _____ Padre _____

12. ¿Qué órdenes judiciales se han emitido con respecto a la tutela o custodia del/de la niño(a)? (Adjunte una copia de todas las órdenes.)

13. Si el tutor tiene otros niños, proporcione la siguiente información:

Nombre	Edad	Dirección	Vínculo con el tutor	Escuela

14. Yo, _____ **, asumo plena responsabilidad**
Nombre del custodio legal

por todos los asuntos relacionados con la _____ **educación y atención médica de.**
Nombre completo del/de la niño(a)

15. Declaración de otros hechos pertinentes (adjunte hojas de papel adicionales si es necesario):
_____
_____

Las preguntas de la "A" a la "F" se deben responder cuando la solicitud de admisión sea presentada por otra persona que no sea el padre/la madre biológico(a) o el tutor:

A) ¿Por qué no está viviendo el/la niño(a) con su(s) padre(s) biológico(s) o adoptivo(s)? _____
_____

B) ¿Vive el/la alumno(a) en su hogar exclusivamente? _____

C) ¿Con qué frecuencia verá(n) el/los padre(s) al/a la niño(a)? _____

D) ¿Cuál es el porcentaje de apoyo financiero que aportarán los padres biológicos? _____

E) ¿Cuál es el porcentaje de apoyo financiero que apotará usted? _____

Se debe completar lo siguiente si el tutor no es el padre/la madre biológico(a) que alega la custodia sin una orden judicial:

¿Recibe el alumno ayuda financiera u otro tipo de asistencia de parte de uno de los padres o de ambos?

☐ SÍ ☐ NO

Si responde "SÍ", complete la siguiente información:

PADRE: MONTO APROXIMADO EN DÓLARES POR AÑO: $ _____
FECHAS: DESDE _____ HASTA _____

MADRE: MONTO APROXIMADO EN DÓLARES POR AÑO: $ _____
FECHAS: DESDE _____ HASTA _____

Si los padres no son los que han suministrado el apoyo, proporcione la información de la persona que suministró la asistencia financiera

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

DIRECCIÓN LABORAL: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO LABORAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____

Declaro que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que las declaraciones contenidas en esta solicitud están sujetas a verificación por el distrito escolar y que las declaraciones falsas podrían obligarme a pagar los cargos de la enseñanza. También entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela de cualquier cambio o circunstancias que afecten esta solicitud.

Entiendo también que realizar cualquier declaración falsa es punible como delito menor de clase A de conformidad con la sección 210.45 de la Ley Penal del estado de Nueva York.

_____
FIRMA DE PADRE/MADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA (Si corresponde)

_____
FECHA

JURADO ANTE MÍ EL DÍA _____ DE _____ DE 20 _____

_____
NOTARIO PÚBLICO

_____
FIRMA DEL CUSTODIO LEGAL

_____
Fecha

JURADO ANTE MÍ EL DÍA _____ DE _____ DE 20 _____

_____
NOTARIO PÚBLICO

Inscripción a Valley Stream UFSD Thirteen

DECLARACIÓN JURADA DE PADRE/MADRE
FORMULARIO E

NOMBRE DEL/DE LA ALUMNO(A) (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

_____

Apellido Nombre

ADVERTENCIA

Toda persona que intencionalmente proporcione información falsa acerca de su residencia, puede estar sujeta a sanciones penales. Hacer una declaración falsa sobre la residencia o sobre el derecho a la educación de enseñanza gratuita del distrito es punible como un delito menor de clase A. Además, si se determina que el/la niño(a) inscrito(a) reside fuera del Distrito, este puede iniciar medidas legales para cobrar los cargos de la enseñanza. Dichos cargos de la enseñanza pueden exceder los $15,000 al año si el/la alumno(a) no tiene el derecho legal de recibir educación de enseñanza gratuita del distrito. El distrito se reserva el derecho de investigar la residencia de cualquier alumno(a) utilizando todos los recursos legales disponibles que incluyen, sin limitaciones, registros públicos, visitas al sitio y otros métodos legales de investigación.

ESTADO DE NUEVA YORK }
} ss: _____
COUNTY OF }

Yo, _____, tras haber prestado debido juramento, declaro y manifiesto que:
Padre/madre/tutor

1. Con la plena comprensión de los requisitos para la matrícula, solicito que mi hijo(a),

   _____
   Nombre del/de la alumno(a)

   sea admitido(a) en las escuelas de Valley Stream UFSD Thirteen como residente del Distrito.

2. Yo, _____, soy el/la padre/madre/tutor/custodio legal del/de la niño(a)/menor mencionado(a) anteriormente. Resido en _____
   _____

En este momento no cuento con la documentación personal/identificatoria necesaria que requiere Valley Stream UFSD Thirteen para inscribir a mi hijo(a) en la escuela.

_____ _____ _____
Firma de padre/madre/tutor/custodio legal Testigo de la Oficina de Verificación de Residencia Fecha

JURADO ANTE MÍ EL DÍA _____ DE

_____ DE 20 _____

_____
NOTARIO PÚBLICO

Inscripción a Valley Stream UFSD Thirteen

DECLARACIÓN DE TERCEROS
FORMULARIO F

NOMBRE DEL/DE LA ALUMNO(A) (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

_____

Apellido Nombre

ADVERTENCIA

El Distrito se reserva el derecho de investigar la residencia de cualquier alumno(a) utilizando todos los recursos legales disponibles que incluyen, sin limitaciones, registros públicos, visitas al sitio y otros métodos legales de investigación. Realizar cualquier declaración falsa en el presente puede someter a la persona que las realiza a penalidades según lo prescrito por la ley.

1. Yo, _____, tengo conocimiento de primera mano de que las personas indicadas abajo residen en _____
_____
Dirección

2. Mi conocimiento se basa en (por ej., ser amigo(a) de la familia, pariente, etc.):
_____
_____
_____

3. Entiendo que este documento será enviado y presentado a Valley Stream UFSD Thirteen y que el Distrito se basará en su contenido como fáctico y verdadero.

4. La información suministrada en esta declaración es verdadera.

Nombre de padre(s)/tutor(es) que reside(n) en la dirección mencionada anteriormente: _____
_____

Nombre del/de los alumno(s) que reside(n) en la dirección mencionada anteriormente: _____
_____

Nombre: _____
Dirección: _____
_____
_____

Teléfono: _____
Firma: _____
Fecha: _____

VALLEY STREAM UNION FREE SCHOOL DISTRICT THIRTEEN

Verificación de contacto para los alumnos

Revisado 05/2018

APELLIDO: _____ **Escuela:** _____

Dirección particular: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del/de la alumno(a): _____ Género: M ____ F ____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Fecha de ingreso al Distrito:___/____/___

Información de padre/madre/tutor:

Nombre de padre/madre/tutor: _____ Vínculo: _____ Dirección: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Teléfono móvil: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Contactos de emergencia: indique al menos dos (2) contactos de emergencia disponibles durante el horario escolar regular

Nombre Vínculo Teléfono particular Teléfono laboral Teléfono móvil Dirección Dirección de correo electrónico

1) _____
2) _____
3) _____

Alergias del/de la alumno(a):

Cualquier alergia conocida: _____ Reacción alérgica: _____

¿Toma su hijo(a) medicamentos de forma regular? _____ Si respondió 'SÍ', especifique: _____

Otras afecciones médicas: _____

Nombre/dirección del médico: _____ Número de teléfono: _____

En el caso de un accidente o enfermedad grave haremos todos los esfuerzos para comunicarnos con usted o con sus contactos de emergencia. Si no podemos ubicarlo, proporcionaremos la atención de emergencia que consideremos necesaria. Concedo mi permiso a los enfermeros de la escuela para compartir la información de salud con el personal adecuado.

Padre/madre/tutor:_____ Fecha: _____

Revisado 08/2018

VALLEY STREAM
UNION FREE SCHOOL DISTRICT THIRTEEN

REGISTRO DE SALUD
(Este formulario se debe rellenar en su totalidad)

ESCUELA: James A. Dever _____ Howell Road _____ Wheeler Avenue _____ Willow Road _____

HISTORIAL: Fecha: _____

Nombre del/de la alumno(a): _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Grado: _____

Dirección: _____ Número de teléfono particular: _____

_____ Número de teléfono móvil: _____

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

Médico de la familia: _____

Dirección del médico: _____ Número de teléfono del médico: _____

****

¿Ha tenido su hijo(a) alguna de estas enfermedades?

	Fecha		Fecha
Asma/Alergias	_____	Paperas	_____
Diabetes	_____	Neumonía	_____
Viruela	_____	Fiebre reumática	_____
Condición auditiva	_____	Escarlatina	_____
Dolor de garganta/Resfríos frecuentes	_____	Enfermedad convulsiva	_____
Rubeola	_____	Tuberculosis	_____
Cardiopatía	_____	Problemas de la vista	_____
Sarampión	_____	Tos convulsa	_____

Operaciones: _____ Tipos de operaciones: _____ Fecha: _____

Lesiones graves: _____ Tipos de lesiones: _____ Fecha: _____

¿Hubo irregularidades en el embarazo o el parto con este(a) niño(a)? Explique _____

_____

¿Toma su hijo(a) actualmente algún medicamento en casa?

Medicamento: _____	Dosis: _____	Hora(s) a la(s) que lo toma: _____
Medicamento: _____	Dosis: _____	Hora(s) a la(s) que lo toma: _____
Medicamento: _____	Dosis: _____	Hora(s) a la(s) que lo toma: _____

¿Existe alguna otra información que usted considere que nos ayudará a entender y a cuidar a su hijo(a)?

_____

_____

FORMULARIO DE EXAMEN DE SALUD REQUERIDO POR LA ESCUELA DE NYS
DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIVADA O EL DIRECTOR MÉDICO DE LA ESCUELA

Nota: NYSED requiere un examen físico para los nuevos ingresantes y los alumnos en los grados preescolar o jardín de infantes, 1, 3, 5, 7, 9 y 11; anualmente para los deportes interescolares; y documentos de trabajo según sean necesarios; o según sean requeridos por el Comité de Educación Especial (CSE) o el Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE).

INFORMACIÓN DEL ALUMNO/DE LA ALUMNA

Nombre:	Sexo: ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Fecha del examen:

HISTORIAL DE SALUD

Alergias ☐ No ☐ Sí, indique de qué tipo	☐ Adjunta orden de tratamiento/medicamento ☐ Adjunto plan de atención anafiláctica ☐ Alimentos ☐ Insectos ☐ Látex ☐ Medicamentos ☐ Medio ambiente
Asma ☐ No ☐ Sí, indique de qué tipo	☐ Adjunta orden de tratamiento/medicamento ☐ Adjunto plan de atención del asma ☐ Intermitente ☐ Persistente ☐ Otra: _____
Convulsiones ☐ No ☐ Sí, indique de qué tipo	☐ Adjunta orden de tratamiento/medicamento ☐ Adjunto plan de atención convulsiva ☐ Tipo _____ Fecha de la última convulsión: _____
Diabetes ☐ No ☐ Sí, indique de qué tipo	☐ Adjunta orden de tratamiento/medicamento ☐ Adjunto plan de control médico de la diabetes ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Resultados de HbA1c: _____ Fecha de la extracción: _____
Factores de riesgo para diabetes o prediabetes: *Considere la prueba de detección para T2DM si el porcentaje del índice de masa corporal BMI% > 85% y tiene dos o más factores de riesgo: Antecedente familiar de T2DM, grupo étnico, síndrome de resistencia a la insulina, antecedente gestacional de la madre o prediabetes.*	
BMI_____**kg/m2 Percentil (Categoría del estado del peso)** ☐ <5° ☐ 5°-49° ☐ 50°-84° ☐ 85°-94° ☐ 95°-98° ☐ 99°y>	
Hiperlipidemia: ☐ No ☐ Sí	**Hipertensión:** ☐ No ☐ Sí

EVALUACIÓN/EXAMEN FÍSICO

Estatura: _____ Peso: _____ TA: _____ Pulso: _____ Respiraciones: _____

PRUEBA	Positiva	Negativa	Fecha
PPD/ PRN	☐	☐	
Detección de células falciformes/PRN	☐	☐	
Nivel de plomo requerido en grados preescolar y jardín de infantes			**Fecha**
☐ Prueba realizada ☐ Plomo alto ≥ µ10 g/dL			

Otras cuestiones médicas pertinentes

Pérdida de un: ☐ Ojo ☐ Riñón ☐ Testículo
☐ Conmoción cerebral - Última vez que ocurrió: _____
☐ Salud mental: _____
☐ Otros: _____

☐ **Revisión del sistema y examen completamente normal**

Marque toda casilla de evaluación que esté *fuera* de los límites normales y anote abajo en anormalidades

☐ Examen de cabeza, oídos, ojo, nariz y garganta (HEENT) ☐ Dental ☐ Cuello	☐ Nódulos linfáticos ☐ Cardiovascular ☐ Pulmones	☐ Abdomen ☐ Espalda/Médula ☐ Genitourinario	☐ Extremidades ☐ Piel ☐ Neurológico	☐ Habla ☐ Socioemocional ☐ Músculos esqueléticos

☐ Evaluación/Anormalidades observadas/Recomendaciones

☐ Información adicional adjunta

Diagnósticos/Problemas (lista) ICD-Código 10

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

Nombre			Fecha de nacimiento:	
ESTUDIOS DE DETECCIÓN				
Vista	**Derecho**	**Izquierdo**	**Remisión**	**Notas**
Agudeza visual a distancia	20/	20/	☐ Sí ☐ No	
Agudeza visual a distancia con anteojos	20/	20/		
Vista - Visión de cerca	20/	20/		
Vista- color ☐ Aprobado ☐ No aprobado				
Audición	**dB derecho**	**dB izquierdo**	**Remisión**	
Audiometría tonal	☐	☐	☐ Sí ☐ No	
Escoliosis Obligatorio para los varones de grado 9	**Negativa**	**Positiva**	**Remisión**	
y las niñas de grados 5 y 7	☐	☐	☐ Sí ☐ No	
Grado de desviación:		Ángulo de rotación del tronco:		
Recomendaciones:				

RECOMENDACIONES DE PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA/DEPORTES/ACTIVIDADES EN PARQUE DE RECREO/TRABAJO

☐ **Actividad plena** sin restricciones, e incluye educación física y atletismo.

☐ **Restricciones/adaptaciones** Use las categorías de deportes interescolares (abajo) para las restricciones o modificaciones

- ☐ **Ningún deporte de contacto** — **Incluye**: béisbol, baloncesto, animación deportiva competitiva, hockey sobre césped, fútbol americano, hockey sobre hielo, lacrosse, fútbol, softbol, voleibol y lucha
- ☐ **Ningún deporte sin contacto** — **Incluye**: tiro con arco, bádminton, juego de bolos, carrera a campo traviesa, esgrima, golf, gimnasia, tiro, esquiar, nadar y bucear, tenis y atletismo
- ☐ **Otras restricciones:**

☐ **Etapa del desarrollo para el proceso de colocación atlética SOLAMENTE**
Grados 7 y 8 que practican deportes en el nivel de la escuela secundaria O Grados 9 y 12 que practican deportes en el nivel de la escuela media
El alumno está en **Etapa de Tanner**: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Adaptaciones: utilice el espacio adicional abajo para explicar

☐ Aparatos/Órtesis	☐ Aparato de colostomía*	☐ Audífonos
☐ Bomba de insulina/Medidor de insulina*	☐ Dispositivo médico/protésico*	☐ Marcapasos/desfibrilador*
☐ Equipo de protección	☐ Gafas de seguridad deportivas	☐ Otra:

*Consulte al organismo regulador de actividades atléticas si se requiere la aprobación previa/completar un formulario para usar el dispositivo en las competencias atléticas.

Explique: _____

MEDICAMENTOS

☐ **Se adjunta formulario de pedido del/de los medicamento(s) necesario(s) en la escuela**

Indique los medicamentos que toma en el hogar:		

VACUNAS

☐ Se adjunta registro	☐ Informado en NYSIIS	Recibido hoy: ☐ Sí ☐ No

PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Firma del proveedor médico:	**Fecha:**
Nombre del proveedor: *(escriba en letra de imprenta)*	Sello:
Dirección del proveedor:	
Teléfono:	
Fax	

Devuelva este formulario a la escuela de su hijo cuando termine de completarlo en su totalidad.

Revisado 08/2018

VALLEY STREAM
UNION FREE SCHOOL DISTRICT THIRTEEN

CERTIFICADO DE VACUNAS

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Todos los alumnos que ingresan deben contar con un examen físico realizado dentro de los doce (12) meses anteriores a la fecha de inicio del año escolar.

1.) Vacuna DPT 1. ___/___/___ 2.___/___/___ 3. ___/___/___
4. ___/___/___ 5.___/___/___ 6. ___/___/___
O Vacuna DTaP 1. ___/___/___ 2.___/___/___ 3. ___/___/___ 4. ___/___/___ 5. ___/___/___
O Vacuna DTaP 1. ___/___/___ 2.___/___/___ 3. ___/___/___ 4. ___/___/___ 5. ___/___/___

2.) Vacuna Tdap (Para ingreso a sexto (6) grado) (Vigente desde septiembre de 2007) 1. ___/___/___

3.) Polio (OPV) 1. ___/___/___ 2.___/___/___ 3. ___/___/___ 4. ___/___/___ 5. ___/___/___
O IPV o e-IPV 1. ___/___/___ 2.___/___/___ 3. ___/___/___ 4. ___/___/___ 5. ___/___/___

4.) Vacuna MMR 1. ___/___/___ 2.___/___/___
O Sarampión 1. ___/___/___ 2.___/___/___ Paperas 1. ___/___/___ Rubeola 1 ___/___/___

5.) Hepatitis B 1. ___/___/___ 2.___/___/___ 3. ___/___/___

6.) Vacuna contra la varicela 1. ___/___/___ 2.___/___/___
O Enfermedad ___/___/___
O Nivel de títulos de anticuerpos ___/___/___ Resultados: _____

7.) Vacuna HIB 1. ___/___/___ 2.___/___/___ 3. ___/___/___ 4. ___/___/___

8.) Prueba de plomo ___/___/___ Resultados: _____

9.) Prueba de Mantoux ___/___/___ Resultados: _____
O Prueba de tuberculina con punción ___/___/___ Resultados: _____

10.) Hepatitis A 1. ___/___/___ 2.___/___/___

11.) Vacuna Prevnar 1. ___/___/___ 2.___/___/___ 3. ___/___/___ 4. ___/___/___

Nombre y cargo del médico (escriba en letra de imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Sello del médico:

Certificado de salud dental

Padre/madre/tutor: la ley del Estado de Nueva York (Capítulo 281) permite que las escuelas soliciten un examen dental en los siguientes grados: ingreso a la escuela, jardín de infantes, 2, 4, 7 y 10. Durante el año escolar, posiblemente se controle la salud dental de su hijo(a) para evaluar su aptitud para asistir a la escuela. Complete la Sección 1 y lleve el formulario a su dentista para una evaluación. Si su hijo(a) se realizó el control dental antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Devuelva el formulario completo al director médico de la escuela o a los enfermeros escolares tan pronto como sea posible.

Sección 1. Para ser completada por padre/madre/tutor (Escriba en letra de imprenta)

Nombre del/de la niño(a): Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento Mes Día Año	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Será esta la primera vez que su hijo(a) visita al dentista? ☐ Sí ☐ No

Escuela: Nombre Grado

¿Ha notado usted algún problema en la boca que interfiera con la capacidad de su hijo(a) para masticar, hablar o enfocarse en las actividades escolares?
☐ Sí ☐ No

Entiendo que al firmar este formulario estoy dando mi consentimiento para que el/la niño(a) mencionado(a) anteriormente reciba una evaluación básica de la salud oral. Entiendo que esta evaluación es solo un medio limitado para determinar la salud dental del/de la alumno(a), y que yo debo obtener los servicios dentales para que mi hijo(a) reciba un examen dental completo con radiografías, si fuera necesario, para mantener una buena salud bucal. También entiendo que el hecho de recibir esta evaluación de la salud bucal preliminar no constituye ninguna relación médico-paciente nueva, continua o permanente. Además, no responsabilizaré al dentista o a los que realicen la evaluación por las consecuencias o los resultados si yo opto por NO seguir las recomendaciones indicadas a continuación.

Firma de padre/madre_____Fecha _____

Sección 2. A ser completada por el dentista

I. El estado de la salud dental de _____el _____ (fecha del examen) La fecha del examen tiene que ser dentro de los 12 meses del inicio del año escolar en el que se solicita. Marque una opción:

☐ Sí, el estado de la salud dental del/de la alumno(a) mencionado(a) anteriormente es apto para permitir su asistencia a las escuelas públicas.
☐ No, el estado de la salud dental del/de la alumno(a) mencionado(a) anteriormente no es apto para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

NOTA: el estado de la salud dental no apto significa que existe una afección que interfiere con la capacidad del/de la alumno(a) para masticar, hablar o enfocarse en las actividades escolares, que incluye dolor, hinchazón o infección relacionados con la prueba clínica de caries abiertas. La designación de que el estado de la salud dental no es apto para permitir la asistencia a la escuela pública no le impide al/a la alumno(a) asistir a la escuela.

Nombre y dirección del dentista (escriba en letra de imprenta o use sello)	Firma del dentista

Secciones opcionales: si está de acuerdo en compartir esta información con la escuela de su hijo(a), escriba sus iniciales aquí.
Iniciales Estado de la salud bucal (marque todas las que correspondan).

☐ Sí ☐ No **Experiencia con las caries/Historial de restauraciones** - ¿Ha tenido el/la niño(a) caries alguna vez (con o sin tratamiento)? [Un empaste (temporal/permanente) O le falta un diente porque se lo extrajeron como consecuencia de una caries O una cavidad abierta.]

☐ Sí ☐ No **Caries sin tratamiento** - ¿Tiene el(la) niño(a) una cavidad abierta? (Pérdida de al menos 1/2 mm de la estructura del diente en la superficie del esmalte. Coloración marrón a marrón oscuro en las paredes de la lesión. Estos criterios se aplican a fosas y fisuras de lesiones cavitadas, así como a las lesiones en la superficie lisa de los dientes. Si la raíz está retenida, se asume que todo el diente fue destruido por la caries. Los dientes rotos o astillados, además de los dientes con empastes temporales son considerados sanos a menos que también exista una lesión cavitada].

☐ Sí ☐ No **Presencia de sellador dental**

Otros problemas (especifique): _____

III. Necesidades de tratamiento (marque todas las que correspondan)

☐ Sin problemas evidentes. Se recomienda cuidado dental de rutina. Visitas regulares a su dentista.
☐ Posiblemente necesite atención dental. Programe una cita con su dentista cuanto antes para una evaluación.
☐ Se requiere atención dental inmediata. Programe una cita con su dentista de inmediato para evitar problemas.