

# **OYSTER BAY-EAST NORWICH CENTRAL SCHOOL DISTRICT**

PHONE (516) 624-6501 FAX (516) 624-6520

Con el fin de completar la inscripción de su hijo en el distrito escolar de Oyster Bay East Norwich central, los siguientes documentos deben ser proporcionados para cada niño.

## **Documentación de la edad**

Una transcripción original o certificada de un certificado de nacimiento o registro de bautismo (incluida una transcripción original o certificada de un certificado de nacimiento extranjero o registro de bautismo) que indique la fecha de nacimiento; o Pasaporte (incluido el pasaporte extranjero) con la fecha de nacimiento.

## **Prueba de Residencia requerida:**

Proporcione uno (1) de la Sección A y dos (2) de la Sección B, O tres (3) artículos de la Sección B.

<b>“A”</b>	<b>“B”</b>
<b>Prueba de residencia</b>	<b>Y</b>
Escritura, impuesto a la propiedad, factura o hipoteca	Factura de servicios públicos / Servicio entrante
<b>O</b>	Licencia de conducir valida
Arrendamiento con declaración jurada del propietario y prueba de propiedad adjunta	Documentos emitidos por agencias federales / estatales o locales.
	Impuesto sobre la renta corriente
	Talón de cheque actual con dirección
	Otras formas de documentación y / o información que establezca la presencia física de los padres o personas en relación parental en el distrito escolar.

## **El (los) padre (s) / tutor (es) proporcionarán la prueba apropiada de la relación de los padres**

Papeles de tutela para estudiantes que no viven con sus padres.

Si está divorciado o separado, sentencia de divorcio (páginas que se refieren a custodia y visitación).

## **Expediente educativo:**

Todos los registros de la escuela en la que el estudiante está inscrito actualmente (es decir, boletas de calificaciones y / o expedientes académicos, resultados de las pruebas del Estado de Nueva York y un plan de educación especial IEP o 504, si corresponde). La recepción de dichos registros no es un requisito previo para la inscripción. Sin embargo, para facilitar la colocación adecuada de su hijo, proporciónenos los registros lo antes posible.

**Examen de salud:** prueba de un examen de salud satisfactorio realizado por un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia en Nueva York, al ingresar por primera vez en el Distrito y al ingresar a pre kindergarten, kindergarten y los grados segundo, cuarto y séptimo. Para ser aceptable, dicho examen debe haberse realizado no más de 12 meses antes del primer día de clases. Certificado de salud dental - Opcional

**Inmunizaciones:** prueba de inmunización de acuerdo con el calendario apropiado para la edad recomendado por el Comité Asesor para la Práctica de Inmunización (ACIP). La enfermera de la escuela revisará y aprobará los registros de vacunación antes de la inscripción de nuevos estudiantes. Ningún niño puede ser admitido o permitido a asistir a la escuela por más de catorce (14) días sin evidencia aceptable de inmunización. Este período de catorce (14) días puede extenderse, caso por caso, a treinta (30) días cuando un estudiante se haya transferido de otro estado o país.

**Administración de medicamentos en la escuela:** si es necesario que un estudiante tome medicamentos en la escuela, tanto el padre como el médico deben firmar una solicitud por escrito que especifique el diagnóstico, el nombre del medicamento, la dosis, la frecuencia que se dará en la escuela y el posible lado. efectos Estos formularios se pueden obtener en la Oficina de Salud. Los medicamentos deben ser entregados por el padre en el recipiente original a la enfermera de la escuela. Esto incluye medicamentos de venta libre.

**Estudiantes que toman medicamentos recetados en el hogar:** el Distrito Escolar también requiere que los padres notifiquen a la Oficina de Salud cada vez que un estudiante toma medicamentos recetados, incluso si el medicamento solo se toma en casa. Es beneficioso para el Distrito Escolar saber el nombre del medicamento en caso de que el estudiante sufra efectos secundarios durante el día escolar.

**POR FAVOR, TENGA EN CUENTA** que para que su hijo / hijos asista al Distrito Escolar Central de Oyster Bay - East Norwich, debe ser residente del Distrito.

Si el Distrito determina en cualquier momento que usted no es un residente del Distrito, su hijo o hijos serán excluidos del Distrito. Además, usted será responsable ante el Distrito por el pago de la matrícula desde la fecha de inscripción hasta la fecha de exclusión, así como los costos de recolección.

**Comuníquese con Joanne Weber al 516-624-6501 para programar una cita para inscribir a los estudiantes. El Edificio de Administración del Distrito está ubicado en 1 McCouns Lane, Oyster Bay, New York 11771.**

Start Date \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Date of Registration \_\_\_\_\_ Grade Entering \_\_\_\_\_ High School \_\_\_\_\_ Vernon \_\_\_\_\_ Roosevelt \_\_\_\_\_

**OYSTER BAY-EAST NORWICH CENTRAL SCHOOL DISTRICT**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

**Etnicidad/raza:** Todos los alumnos de entre 5 y 21 años de edad tienen derecho a una educación pública gratuita. A los niños no se les podrá negar la admisión debido a su raza, color, credo u origen nacional, sexo, nacionalidad, condición de discapacidad o estado migratorio.

1. ¿Es este estudiante hispano, latino o de origen español? (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza).

\_\_\_\_\_ Sí, es hispano \_\_\_\_\_ NO, no es hispano

2. Seleccione una o más razas de los cinco grupos raciales siguientes. Marque (✓) todos los grupos que se aplican a su hijo:

\_\_\_\_\_ INDIGENA AMERICANO O NATIVO DE ALASKA

\_\_\_\_\_ NATIVO DE HAWAI O DE OTRA ISLA PACIFICA

\_\_\_\_\_ RAZA ASIATICA \_\_\_\_\_ RAZA NEGRA/AFRO AMERICANA \_\_\_\_\_ RAZA BLANCA

Dirección del estudiante \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal

Años/meses en esta dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ idioma principal que se habla en el hogar \_\_\_\_\_

***Fecha de inscripción por primera vez en las escuelas de EE. UU.*** \_\_\_\_\_

***Año en las escuelas de los EE. UU.*** \_\_\_\_\_

Anterior escuela atendida \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de Escuela \_\_\_\_\_

Fechas de asistencia anterior Escuela: Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha final \_\_\_\_\_

***Último grado completado*** \_\_\_\_\_ Fecha cuando fue completado \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

**En su caso, fecha de entrada en Grado 9:** \_\_\_\_\_ Distrito? Escuela nombre \_\_\_\_\_

Estaba este estudiante recibiendo educación especial u otro servicio en su/su última escuela Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, describir los servicios que se proporcionaban \_\_\_\_\_

Es un estudiante sin hogar: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

El estudiante vive con: (marque lo que corresponda)

Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Padrastro \_\_\_\_\_ Guardián \_\_\_\_\_ Encargado \_\_\_\_\_

Estado familiar: Casado \_\_\_\_\_ \* Divorciado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Los padres solteros \_\_\_\_\_  
(Papeles de custodia)

¿Hay uno o más padres / tutores en servicio activo en las fuerzas armadas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha de entrada \_\_\_\_\_

**Madre / Guardián** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico (e-mail) \_\_\_\_\_

**Padre / Guardián** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico (e-mail) \_\_\_\_\_

**Edad escolar Hermanos:**

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**\*\* Cualquier declaración falsa sobre la residencia del estudiante podría someter al padre o tutor a sanciones penales o civiles.**

**PARA USO DE LA OFICINA - NO ESCRIBA**

**Se requiere comprobante de residencia. Por favor proporcione un artículo de la Sección A y 2 de la Sección B. O 3 artículos de la Sección B.**

	<b>A</b>	<b>B</b>	
<b>prueba de nacimiento</b>	<b>prueba de residencia</b>	<b>AND</b>	<b>Información del estudiante</b>
Certificado de nacimiento	Escritura, factura del impuesto a la propiedad o declaración de hipoteca	Facturas de servicios públicos (servicio de entrada)	Acuerdo de custodia de los padres
Pasaporte	<b>OR</b>	Licencia de conducir	Declaración Jurada de Tutela
Otra especificar	Arrendamiento con declaración jurada del propietario y prueba de propiedad	Documentos emitidos por <u>agencia federal / estatal o local</u> <u>Impuesto sobre la renta</u> Recibo de pago con la dirección	Otras formas de documentación y / o información que establezca la presencia física de los padres o personas en relación parental en el distrito escolar.

# OYSTER BAY – EAST NORWICH CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre de la secular: Oyster Bay H. S.: \_\_\_\_\_ Vernon: \_\_\_\_\_ Roosevelt: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Oriente

Género:  Masculino  Femenino  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_  
Mes día año

Dirección: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_  
Célula: \_\_\_\_\_

La respuesta le das a continuación le ayudará el distrito determinar que usted o su niño puede ser capaz de recibir bajo la Ley McKinney -Vento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney -Vento tienen derecho a inscripción inmediata en la escuela, incluso si no tienen los documentos normalmente necesarios, tales como prueba de residencia, registros escolares, registros de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney -Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros

¿Dónde está el estudiante vive actualmente? (Por favor marque una casilla.)

- En un refugio
- Con otra familia u otra persona a causa de la pérdida de la vivienda o como consecuencia de las dificultades económicas (a veces conocido como " arriba duplicado ")
- En un hotel / motel
- En un coche / parque, autobús, tren, o camping
- Otra situación de vivienda temporal (Por favor describa) \_\_\_\_\_
  
- En una vivienda permanente

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del padre, tutor o  
Estudiante (para los jóvenes sin hogar)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, tutor o estudiante  
(para los jóvenes sin hogar)

\_\_\_\_\_  
Date

Si el estudiante no está viviendo en una vivienda permanente, comprobante de residencia y otros documentos necesarios para la inscripción normalmente no son necesarios y el estudiante debe ser inscrito inmediatamente. Después de que el estudiante se ha matriculado, el distrito / escuela debe ponerse en contacto con el anterior distrito / escuela asistió a solicitar los registros educativos del estudiante, incluyendo los registros de vacunación, y Local Educación Agency (LEA) enlace del distrito el estudiante se debe ayudar al estudiante a obtener cualquier otro documento o las vacunas necesarias.

**NOTA PARA ESCUELAS / LEAS:** Si el estudiante no está viviendo en una vivienda permanente, asegúrese de que un Formulario de Designación se haya completado.

Si este estudiante ha sido aprobado como " personas sin hogar " por favor, envíe una copia a la oficina de negocios.

OYSTER BAY EAST NORWICH CENTRAL SCHOOL DISTRICT

(516) 624-6501

FAX (516) 624-6520

AFFIDAVIT OF LANDLORD

Attach a copy of Deed OR a recent Mortgage Statement OR a recent Tax Bill for proof of ownership.

STATE OF NEW YORK)

COUNTY OF NASSAU) ss:

I, \_\_\_\_\_, being duly sworn, depose and say:

Print Name of Legal Owner/Landlord

I am the legal owner/landlord of \_\_\_\_\_

Street Address

Town

State

Zip Code

Check one: Single Family  2 Family Dwelling  Multi-Family

The terms and conditions of said tenancy are as follows:

(Specify lease, rental agreement or other and date of expiration)

Utilities included - Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (if yes, please include copy of bill)

I do hereby certify that the following tenant and their child(ren) reside at the above residence. I understand that it is my responsibility to notify the district office when these parties move out from my residence:

\_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_  
Print Mother's Name Print Father's Name

Name of child(ren):

- 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

I understand that this statement is being made UNDER THE PENALTIES OF PERJURY, in order that the above mentioned child(ren) may be admitted to the schools of the Oyster Bay East Norwich Central School District as a district resident.

Print Name of Legal Owner/Landlord

Telephone Number

Signature of Legal Owner/Landlord

Sworn to before me This \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

NOTARY PUBLIC

ANY FALSE STATEMENT MADE IN THIS AFFIDAVIT IS ALSO PUNISHABLE AS A CLASS A MISDEMEANOR PURSUANT TO SECTION 210.45 OF THE PENAL LAW

# Oyster Bay-East Norwich Central School District

HIGH SCHOOL _____	VERNON _____	ROOSEVELT _____	PRE-K _____
GRADE _____	TEACHER _____	_____	
(PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE)			

## INFORMACIÓN DE CONTACTO EN UNA EMERGENCIA 20 \_\_\_\_\_

Nombre Del niño \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Street \_\_\_\_\_ Town \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Numero De Teléfono Del Hogar \_\_\_\_\_

Correo electrónico (Madre) \_\_\_\_\_  
(Padre) \_\_\_\_\_

En mi casa, sólo se habla \_\_\_\_\_  
(Otro idioma que no sea inglés)

## INFORMACIÓN del PADRE / MADRE O TUTOR

Madre/Tutor \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Padre/Tutor \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRES Y NÚMEROS DE TELÉFONO

(Aparte de los padres)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_  
 HOGAR \_\_\_\_\_  
 CELULAR \_\_\_\_\_  
 TRABAJO \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_  
 HOGAR \_\_\_\_\_  
 CELULAR \_\_\_\_\_  
 TRABAJO \_\_\_\_\_

**Oficina**

CAMINANTE \_\_\_\_\_ A.M. BUS # \_\_\_\_\_ P.M. BUS # \_\_\_\_\_

Parada De autobús \_\_\_\_\_

*Por favor notifique a la oficina de la escuela de cualquier cambio en la información anterior y se actualizará su archivo es colar.*



Lissette Colon-Collins, Assistant Commissioner  
Office of Bilingual Education and World Languages

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

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

### Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

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

**Por favor escriba con claridad al completar esta sección.**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

**FECHA DE NACIMIENTO:**

Fecha	GÉNERO:			
<table border="1"> <tr> <td>Mes</td> <td>Día</td> <td>Año</td> </tr> </table>	Mes	Día	Año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Mes	Día	Año		

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL**

Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante
----------	---------------	----------------------------

**CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR**

**Conocimientos de idiomas**  
(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre _____ <i>especifique</i>	<input type="checkbox"/> Padre _____ <i>especifique</i>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es) _____ <i>especifique</i>	
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>especifique</i>
		<input type="checkbox"/> No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>especifique</i>
		<input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>especifique</i>
		<input type="checkbox"/> No sabe escribir

**TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED**

<b>SCHOOL DISTRICT INFORMATION:</b>	<b>STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:</b>		
<table border="1"> <tr> <td>District Name (Number) &amp; School</td> <td>Address</td> </tr> </table>	District Name (Number) & School	Address	
District Name (Number) & School	Address		

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO



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

### Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: \_\_\_\_\_

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

**Sí\***     **No**     **No se sabe**    \* En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales?     Poca gravedad     Algo grave     Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial?     No     Sí\* \* Por favor, llene 10b.

10b. \*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

No     Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana)     3 a 5 años (Educación Especial)     6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)?     No     Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?  
(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? \_\_\_\_\_

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

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal \_\_\_\_\_  
 Relación con el estudiante:  Madre     Padre     Otra: \_\_\_\_\_  
Date

#### OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: \_\_\_\_\_ POSITION: \_\_\_\_\_

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

#### NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: \_\_\_\_\_ POSITION: \_\_\_\_\_

ORAL INTERVIEW NECESSARY:  No     Yes

\*\*DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

Mo. DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

- ADMINISTER NYSITELL  
 ENGLISH PROFICIENT  
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

#### NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: \_\_\_\_\_ POSITION: \_\_\_\_\_

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

Mo. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

- ENTERING     EMERGING     TRANSITIONING     EXPANDING     COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

**Oyster Bay-East Norwich Central School District**

Oyster Bay, New York, 11771-3105

Phone: 516-624-6501

www.obenschools.org

To Whom It May Concern: \_\_\_\_\_

*Previous School*

Students Name \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

Start Date \_\_\_\_\_

Is now registered to attend school at:

\_\_\_\_\_ **Main Office - Fax 516-624-6591**

Theodore Roosevelt Elementary school

150 West Main Street

Oyster Bay, New York 11771

\_\_\_\_\_ **Main Office - Fax 516-624-6522**

James H. Vernon School

880 Oyster Bay Road

East Norwich, New York 11732

\_\_\_\_\_ **Guidance Office - Fax 516-802-8030**

Oyster Bay High School

150 East Main Street

Oyster Bay, New York 11771

Please release the scholastic, health, standardized test records, and psychological reports. **Mail or fax to the school indicated above.**

Your cooperation is greatly appreciated.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

# Año escolar 2018-19

## Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para poder inscribirse y asistir a la escuela<sup>1</sup>

**NOTAS:**

Los niños que se encuentran en prekindergarten deben contar con las vacunas apropiadas para su edad. La cantidad de dosis depende del calendario recomendado por el Advisory Committee for Immunization Practices (Comité Asesor de Prácticas de Vacunación, ACIP). Para los alumnos desde prekindergarten hasta 10.º grado, los intervalos entre las dosis de vacunas deben corresponder al calendario de vacunación recomendado por el ACIP para personas de 0 a 18 años de edad. (Excepción: no es necesario que se revisen los intervalos entre las dosis de la vacuna antipoliomielítica para alumnos de 5.º, 11.º y 12.º grados). Las dosis recibidas antes de la edad mínima o de intervalos mínimos no son válidas y no cuentan para la cantidad de dosis que se enumeran a continuación. NO es necesario que se revisen los intervalos entre dosis de vacunas para alumnos de 11.º a 12.º grados. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir con los requisitos de vacunación de los grados en los que podrían estar según su edad.

**Los requisitos de dosis DEBEN leerse con las notas al pie de página de este calendario.**

Vacunas	Prekindergarten (guardería, Head Start, Jardín de infantes o Pre-k)	Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º y 4.º grados	5.º grado	6.º, 7.º, 8.º, 9.º y 10.º grados	11.º y 12.º grados
Vacuna que contiene los toxoides tetánico y diftérico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td) <sup>2</sup>	4 dosis	5 dosis o 4 dosis si la 4.ª dosis se administró a los 4 años de edad o más o 3 dosis si tiene 7 años de edad y si la serie empezó cuando tenía 1 año de edad o más			3 dosis
Vacuna que contiene los toxoides diftérico y tetánico y refuerzo de la vacuna contra la tos ferina (Tdap) <sup>3</sup>		No corresponde			1 dosis
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV) <sup>4</sup>	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la 3.ª dosis se administró a los 4 años de edad o más	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la 3.ª dosis se administró a los 4 años de edad o más	3 dosis
Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR) <sup>5</sup>	1 dosis			2 dosis	
Vacuna contra la hepatitis B <sup>6</sup>	3 dosis			3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de por lo menos 4 meses entre los 11 y 15 años	
Vacuna contra la varicela <sup>7</sup>	1 dosis	2 dosis	1 dosis	2 dosis	1 dosis
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY) <sup>8</sup>		No corresponde		7.º, 8.º y 9.º grados 1 dosis	12.º grado: 2 dosis o 1 dosis si la dosis se administró a los 16 años de edad o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib) <sup>9</sup>	1 a 4 dosis				No corresponde
Vacuna conjugada contra el neumococo (PCV) <sup>10</sup>	1 a 4 dosis				No corresponde

1. Una constancia serológica comprobada de anticuerpos de sarampión, paperas, rubéola, hepatitis B, varicela o poliomielitis (para todos los serotipos) constituye una prueba aceptable de la inmunidad a estas enfermedades. El diagnóstico de un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada de que un niño tuvo la enfermedad de la varicela es una prueba aceptable de la inmunidad a esta.
  - a. Paperas: Es necesaria una dosis para prekindergarten y para el 11.º y 12.º grados. Son necesarias dos dosis para los grados kindergarten hasta el 10.º grado.
  - b. Rubéola: Es necesaria por lo menos una dosis para todos los grados (prekindergarten hasta 12).
2. Vacuna de toxoides diftéricos y tetánicos y tos ferina acelular (DTaP). (Edad mínima: 6 semanas)
  - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de 5 dosis de la vacuna DTaP a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y 15 a 18 meses de edad, además a los 4 años de edad o más. La cuarta dosis puede administrarse a partir de los 12 meses de edad, siempre que hayan transcurrido por lo menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario que se repita la cuarta dosis de DTaP si se administró al menos 4 meses después de la tercera dosis de DTaP. La dosis final de la serie debe administrarse en el cuarto cumpleaños o después.
  - b. Si la cuarta dosis de DTaP se administró a los 4 años de edad o más, la quinta dosis (refuerzo) de la vacuna DTaP no es necesaria.
  - c. Para los niños nacidos antes del 1/1/2005, solo se requiere inmunidad a la difteria y las dosis de DT and Td cumplen con este requisito.
  - d. Los niños mayores de 7 años de edad que no estén completamente vacunados con la serie de vacunas DTaP infantiles deben recibir la vacuna Tdap como la primera dosis en la serie de vacunas para ponerse al día; si se necesitan más dosis, se debe administrar la vacuna Td. Si recibieron su primera dosis antes de su primer cumpleaños, entonces requerirán cuatro dosis, siempre y cuando la dosis final se haya recibido a los cuatro años de edad o más. Si recibieron su primera dosis en o después de su primer cumpleaños, entonces requerirán tres dosis, siempre y cuando la dosis final se haya recibido a los cuatro años de edad o más. Una vacuna Tdap (o una vacuna DTaP administrada de forma incorrecta) recibida a los 7 años de edad o más servirá para cumplir con el requisito de Tdap para 6º grado.
3. Vacuna de toxoides diftéricos y tetánicos y tos ferina acelular (Tdap). (Edad mínima: 7 años)
  - a. Los alumnos de 11 años de edad o más que ingresan a los grados de 6º a 12º deben recibir una dosis de Tdap. Se cumplirá este requisito al recibir una dosis a los 7 años de edad o más.
  - b. Los alumnos de 10 años de edad que ingresan a 6º grado y que no han recibido la vacuna de Tdap satisfacen los requisitos hasta que cumplen 11 años de edad.
4. Vacuna antipoliomielítica inactivada (VAPI) o vacuna antipoliomielítica oral (OPV). (Edad mínima: 6 semanas)
  - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de IPV a los 2 meses, 4 meses y 6 a 18 meses de edad y a los 4 años de edad o más. La dosis final de la serie debe administrarse en el cuarto cumpleaños o después y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
  - b. Para los alumnos que recibieron la cuarta dosis antes de su cuarto cumpleaños y antes del 7 de agosto de 2010, es suficiente administrar 4 dosis con al menos 4 semanas de separación.
  - c. Si la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica se administró a los 4 años de edad o más y por lo menos 6 meses después de la dosis anterior, no se requerirá la cuarta dosis.
  - d. No es necesario que se revisen los intervalos entre dosis de vacunas para alumnos de 5.º, 11.º y 12.º grados para el año escolar 2018-19.
  - e. Si tanto la OPV como la VAPI se administraron como parte de una serie, el número total de dosis e intervalos entre dosis es el mismo que el recomendado para el programa de VAPI de EE. UU. Si solo se administró la OPV, y todas las dosis se administraron antes de los 4 años de edad, se debe administrar 1 dosis de VAPI a los 4 años de edad o más y la última dosis de la OPV debe administrarse por lo menos 6 meses después.
5. Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR). (Edad mínima: 12 meses)
  - a. La primera dosis de la vacuna MMR debe haberse administrado en el primer cumpleaños o después. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse administrado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
  - b. Sarampión: Es necesaria una dosis para prekindergarten. Son necesarias dos dosis para los grados kindergarten hasta 12.
  - c. Paperas: Es necesaria una dosis para prekindergarten y para el 11.º y 12.º grados. Son necesarias dos dosis para los grados kindergarten hasta el 10.º grado.
  - d. Rubéola: Es necesaria por lo menos una dosis para todos los grados (prekindergarten hasta 12).
6. Vacuna contra la hepatitis B
  - a. La dosis 1 debe administrarse en el nacimiento o en cualquier momento posterior. La dosis 2 debe administrarse al menos 4 semanas (28 días) después de la dosis 1. La dosis 3 debe administrarse al menos 8 semanas después de la dosis 2 y al menos 16 semanas después de la dosis 1, PERO no antes de las 24 semanas de edad.
  - b. Se cumplirá el requisito con dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) administradas con al menos 4 semanas de separación a la edad de 11 a 15 años.
7. Vacuna contra la varicela. (Edad mínima: 12 meses)
  - a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela debe haberse administrado en el primer cumpleaños o después. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse administrado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
  - b. Para los niños menores de 13 años, el intervalo mínimo recomendado entre dosis es de 3 meses (si la segunda dosis se administró por lo menos 4 semanas después de la primera dosis, se puede aceptar como válido); para los niños de 13 años o más, el intervalo mínimo es de 4 semanas.
8. Vacuna antimeningocócica conjugada ACWY. (Edad mínima: 6 semanas)
  - a. Es necesaria una dosis de vacuna meningocócica conjugada (Menactra o Menveo) para los alumnos que ingresan a 7.º, 8.º y 9.º grados.
  - b. Para los estudiantes del 12.º grado, si la primera dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada se administró a los 16 años de edad o más, no se requiere la segunda dosis (refuerzo).
  - c. La segunda dosis debe haberse administrado al menos 16 años o más. El intervalo mínimo entre dosis es de 8 semanas.
9. Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib). (Edad mínima: 6 semanas)
  - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna Hib a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y 12 a 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día de acuerdo al programa de recuperación del ACIP. La dosis final debe recibirse a los 12 meses de edad o después.
  - b. Si se recibieron 2 dosis de vacuna antes de los 12 meses de edad, solo se requieren 3 dosis si la dosis 3 se administra entre los 12 y 15 meses de edad y al menos 8 semanas después de la dosis 2.
  - c. Si la dosis 1 se recibió entre los 12 y 14 meses de edad, solo se requieren 2 dosis si la dosis 2 se administró al menos 8 semanas después de la dosis 1.
  - d. Si la dosis 1 se recibió a los 15 meses de edad o más, solo se requiere 1 dosis.
  - e. No se requiere la vacuna Hib para niños de 5 años de edad o más.
10. Vacuna conjugada contra el neumococo (PCV). (Edad mínima: 6 semanas)
  - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna PCV a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y 12 a 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día de acuerdo al programa de recuperación del ACIP. La dosis final debe recibirse a los 12 meses de edad o después.
  - b. Los niños de 7 a 11 meses de edad que no han sido vacunados tienen la obligación de recibir 2 dosis, con al menos 4 semanas de separación, seguidas de una tercera dosis a los 12 a 15 meses de edad.
  - c. Los niños de 12 a 23 meses de edad que no han sido vacunados tienen la obligación de recibir 2 dosis de la vacuna con al menos 8 semanas de separación.
  - d. Si se recibió una dosis de la vacuna a los 24 meses de edad o más, no se requieren dosis adicionales.
  - e. Para obtener más información, consulte la tabla de PCV disponible en el Folleto de Instrucciones de Encuestas Escolares en: [www.health.ny.gov/prevention/immunization/schools](http://www.health.ny.gov/prevention/immunization/schools)

Para obtener más información, póngase en contacto con:

Departamento de Salud del Estado de Nueva York  
Bureau of Immunization  
Room 649, Corning Tower ESP  
Albany, NY 12237  
(518) 473-4437

New York City Department of Health and Mental Hygiene  
Program Support Unit, Bureau of Immunization,  
42-09 28th Street, 5th floor  
Long Island City, NY 11101  
(347) 396-2433