

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS
STUDENT REGISTRATION PACKET
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

STATEMENT OF INTENT TO OBTAIN PHYSICAL EXAMINATION FOR NEW ENTRANTS
DECLARACIÓN DE INTENCION PARA OBTENER EL EXAMEN FÍSICO PARA LOS NUEVOS ENTRANTES A LA ESCUELA

The New York State Education Law, Article 19, Sections 903 and 904, and school district policy, require that students in prekindergarten through twelfth grade entering the district for the first time, submit documentation that a physical examination has been conducted. This examination may be provided by your health care provider or by our school physicians.

(La ley de educación del estado de Nueva York, artículo 19, apartados 903 y 904 y política del distrito escolar, requieren que los estudiantes de pre-kinder hasta 12 grado entrando en el distrito por primera vez, deben presentar documentación que se han realizado un examen físico. Este examen puede ser proporcionado por su proveedor de atención médica o por nuestros médicos de la escuela.)

Please indicate your preference below:

(Por favor indique su preferencia a continuación)

_____ **Health Care Provider (at your expense)** *(Proveedor de cuidado de la salud (por su cuenta)/ Doctor privado)*

_____ **School Physicians** *(Doctor de la escuela)*

I understand that my child may be excluded from school if documentation of a physical examination is not presented to the school within fifteen (15) calendar days of today or if my child has not been examined by a school-appointed physician (at no expense to me).

(Entiendo que mi hijo puede ser excluido de la escuela si la documentación de un examen físico no se presenta a la escuela dentro de quince 15 días calendario de hoy o si mi hijo/a no ha sido examinado por un médico designado por la escuela.)

Student's Name: _____

(Nombre del estudiante)

Signature of Parent/Guardian _____

(Firma del padre/ Tutor)

Date: _____

(Fecha)

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS
STUDENT REGISTRATION PACKET
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

HEALTH HISTORY INFORMATION

STUDENT'S NAME: _____ **Date Of Birth** ____/____/____
(Nombre Del Estudiante) (Fecha De Nacimiento)

HAS STUDENT HAD: <small>(HA TENIDO EL ESTUDIANTE:)</small>	Y/N <small>(SI/NO)</small>	IF SO, WHEN? <small>(SI TUVO, CUANDO?)</small>	HAS STUDENT HAD: <small>(HA TENIDO EL ESTUDIANTE:)</small>	Y/N <small>(SI/NO)</small>	IF SO, WHEN? <small>(SI TUVO, CUANDO?)</small>
Anemia <small>(Transtorno de anemia)</small>	_____	_____	Measles <small>(Sarampión)</small>	_____	_____
Arthritis <small>(Artritis)</small>	_____	_____	Meningitis <small>(Meningitis)</small>	_____	_____
Asthma <small>(Asma)</small>	_____	_____	Migraines <small>(Migrañas)</small>	_____	_____
Cardiac Disorder <small>(Desorden Cardiaco)</small>	_____	_____	Mumps <small>(Paperas)</small>	_____	_____
Chicken Pox <small>(Varicela)</small>	_____	_____	Operations <small>(Operaciones)</small>	_____	_____
Diabetes (Type 1) <small>(Diabetes-Tipo 1)</small>	_____	_____	Orthopedic Disorder <small>(Disorden Ortopédico)</small>	_____	_____
Diabetes (Type 2) <small>(Diabetes-Tipo 2)</small>	_____	_____	Pneumonia <small>(Neumonía)</small>	_____	_____
Ear Disorder <small>(Transtorno en el oído)</small>	_____	_____	Rheumatic Fever <small>(Fiebre Reumática)</small>	_____	_____
Elevated Cholesterol <small>(Colesterol Elevado)</small>	_____	_____	Scarlet Fever <small>(Fiebre Escarlata)</small>	_____	_____
German Measles <small>(Sarampión Alemán)</small>	_____	_____	Seizure Disorder <small>(Desorden de Convulsiones)</small>	_____	_____
Head Injury <small>(Lesiones en la Cabeza)</small>	_____	_____	Serious Injuries <small>(Lesiones Graves)</small>	_____	_____
Concussion <small>(Contusión)</small>	_____	_____	Lymes Disease <small>(Enfermedad De Lymes)</small>	_____	_____
High or Low Blood Pressure <small>(Problemas de la Presión)</small>	_____	_____	Tuberculosis <small>(Tuberculosis)</small>	_____	_____
Hives <small>(Ronchas)</small>	_____	_____	Urinary Disorder <small>(Transtorno Urinario)</small>	_____	_____
Eczema <small>(Eczema)</small>	_____	_____	Abdominal/Bowel Disorder <small>(Trastorno Abdominal/Intestinal)</small>	_____	_____

PLEASE COMPLETE OTHER SIDE

Allergies:

(Alergias)

Bee Stings

(Picadas de abeja)

Food

(Comida)

Medication

(Medicamento)

Other:

(Otro)

Presents with:

(Precenta con)

Is the student taking any medications?

¿Esta tomando el estudiante algun medicamento?

Yes(Si)_____ No_____ if yes, what? _____

May the student participate in a regular unlimited physical education program? Yes(Si)_____ No_____

¿Puede el estudiante participar en el programa de educacion fidica sin liminaciones?

If no, please explain:

Si no, Por favor explique:

Is there any special information, physical or emotional, concerning the student the school should be aware of that would help in the protection of general health during the period of school years? ¿Hay alguna informacion especial o emicional, con respecto a el estudiante de la cual la escuela debe estar coenciente para ayudarle o a protecjer con la salud general durante el periodo de los años escolares?

Yes(Si)_____ No_____

If so, what?(¿Si contesto "Si", indique cual?)

Parent's Signature

(Firma del padre/guardian)

Date

(Fecha)

PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS
STUDENT REGISTRATION PACKET
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)

Student Name/Nombre del Estudiante

FOSTER CARE INFORMATION/INFORMACIÓN DEL ORFANATO

IS THE STUDENT CURRENTLY A FOSTER CHILD? **YES** **NO**
ES EL ESTUDIANTE ACTUALMENTE UN NIÑO/A DE UN ORFANATO ? *(SI)* *(NO)*

IS THE HOME A FOSTER CARE AGENCY? **Yes** **No**
(¿ES EL HOGAR UNA AGENCIA FOSTER {QUE CUIDA A NIÑOS}?) *(Sí)* *(No)*

FOSTER CARE AGENCY INFORMATION/ INFORMACIÓN DE LA AGENCIA DEL ORFANATO

AGENCY NAME: _____
(NOMBRE DE LA AGENCIA)

ADDRESS: _____
(DIRECCIÓN)

CASE WORKER: _____
(TRABAJADOR DEL CASO)

TELEPHONE: _____
(TELÉFONO)

I, _____ *(name of parent/guardian completing registration packet), hereby attest that the information contained herein in these nine (9) pages, are true and complete to the best of my knowledge.*
Yo, _____ *(nombre del padre/guardian completando el paquete de registraci3n), doy fe que la informaci3n contenida aqu3 dentro en estas nueve (9) p3ginas, es verdadera y completa, seg3n mi conocimiento.*

Name of parent/Guardian (Nombre del Padre/Guardian)

Date (Fecha)

PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS
STUDENT REGISTRATION PACKET / PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE

The answer you give below will help the district determine what services you or your child may be able to receive under the McKinney-Vento Act. Students who are protected under the McKinney-Vento Act are entitled to immediate enrollment in school even if they don't have the documents normally needed, such as proof of residency, school records, immunization record, or birth certificate. Students who are protected under the McKinney-Vento Act may also be entitled to free transportation and other services.

La respuesta que dan a continuación ayudarán el distrito determinar qué servicios usted o su hijo puede ser capaz de recibir bajo la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que son protegidos bajo la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela aunque no tengan los documentos necesarios normalmente, como prueba de residencia, registros escolares, cartilla de vacunación o certificado de nacimiento. Los estudiantes que son protegidos bajo la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

Where is the student currently living? (Please check one box.)

¿Dónde vive actualmente al alumno? (Por favor marque una respuesta).

- In a shelter / (En un refugio)
- With another family or other person because of loss of housing or as a result of economic hardship (sometimes referred to as "doubled-up") / *Viviendo con otra familia u otra persona debido a la pérdida de vivienda o como consecuencia de dificultades económicas (a veces se denomina "vivienda doble")*
- In a hotel/motel / *En un hotel/motel*
- In a car, park, bus, train, or campsite / *En coche, parque, autobús, tren o campamento*
- Other temporary living situation (Please describe): _____
Otra situación de vivienda temporal (por favor describa)
- In permanent housing / *En vivienda permanente*

Print name of Parent, Guardian, or Student
 (for unaccompanied homeless youth)
Nombre del Padre, Tutor, o del Estudiante
 (para jóvenes sin hogar no acompañados)

Signature of Parent, Guardian or Student
 (for unaccompanied homeless youth)
Firma del Padre, Tutor, o del Estudiante
 (para jóvenes sin hogar no acompañados)

Date / Fecha

Student Name/Nombre del Estudiante

FOR OFFICE USE ONLY / PARA EL USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Homeless Liaison Signature: _____
Firma de la Coordinadora de Estudiantes sin Hogar

Date: _____
Fecha

Family Received STAC Form:
Familia recibió el formulario STAC

YES (Sí) **NO (No)**

Family Received Homeless Brochure and Information:
Familia recibió folleto e información de personas sin hogar

YES (Sí) **NO (No)**

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS
STUDENT REGISTRATION PACKET
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

Elementary Report Card-Spanish Translation Survey/ENCUESTA SOBRE REPORTE DE CALIFICACIONES EN ESPAÑOL

The Patchogue-Medford School District has implemented elementary report cards in a portrait style layout, which provides improved Parent Portal viewing and allows for Spanish language translations. *(El Distrito Escolar de Patchogue-Medford ha implementado el REPORTE de CALIFICACIONES de las escuelas primarias. Dichos reportes los podrá visualizar en español con su cuenta de usuario del "Portal de Padres eSchool" de la página en internet www.pmschools.org)*

Please indicate below, whether or not you would like to receive elementary report cards translated in Spanish. **Only one survey needed per household.** *(Por favor, indique en la parte de abajo con Sí o No para recibir el reporte de calificaciones de la escuela de su hijo(a) traducida al español. Solo una encuesta por familia es necesario.)*

Yes. I would like my child's report card translated to Spanish. *(Spanish and English report cards will be provided)*
(Sí, me gustaría recibir el reporte de calificaciones en español. (Incluyendo el reporte en Inglés)

No. I do not need translation at this time. *(No, yo no necesito traducción al español en este momento)*

Please fill out the following information (Favor de completar la información):

(Please include all students in household (Favor, de incluir todos los estudiantes que viven actualmente con usted y van a una escuela del Distrito Patchogue-Medford):

Parent First Name (Primer Nombre del padre o tutor):	Parent Last Name(Apellido del padre o tutor):
Household Name (If different from above) (Apellido principal del hogar (si es diferente al suyo):	
Contact Phone Number (Número de teléfono(s) de contacto):	
Student Name (Nombre(s) de estudiante(s):	Grade (Grado)

Parent Signature: _____ Date: _____
(Firma del Padre o Tutor) (Fecha)

For Building Use Only (PARA USO INTERNO SOLAMENTE)

Submitted by:
Name: _____ Location: _____
Please forward completed survey to Technology Department @South Ocean