



# TIEGERMAN

Preescolar/Escuela Primaria • 100 Glen Cove Avenue, Glen Cove, NY 11542 • (516) 609-2000

## SOLICITUD DE PREKINDERGARTEN

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE): : \_\_\_\_\_

TELÉFONO: (H) \_\_\_\_\_ (W) \_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo/a alguna experiencia escolar previa?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre y la ubicación de la escuela/agencia? \_\_\_\_\_

Tamaño del hogar:	
# de Adultos	_____
# de Niños	_____
Total en el hogar	_____

El programa de Prekindergarten Universal es un programa que proporciona currículo y actividades, 5 días a la semana, 5 horas al día, que son apropiadas para el nivel de edad y las necesidades individuales de los niños elegibles y que promueven el desarrollo cognitivo, lingüístico, físico, cultural, emocional y social. Las actividades están centradas en el aprendizaje y diseñadas y proporcionadas de una manera que promueve el crecimiento y desarrollo total del niño en todas las áreas, incluido el desarrollo del idioma inglés y la alfabetización. Se anima a los niños a ser seguros de sí mismos e independientes.

Los niños elegibles son aquellos que tienen cuatro años de edad en o antes del 1 de diciembre del año en el que están inscritos, o que de otra manera serán elegibles por primera vez para ingresar al jardín de infantes de la escuela pública a partir del siguiente año escolar. La selección se basa en un sistema de lotería.

**NO se proporciona transporte y es responsabilidad del padre/cuidador.**

Si está interesado en solicitar para su hijo, complete y devuélvalo a:  
Escuelas Tiegerman  
100 Glen Cove Avenue  
Glen Cove, NY 11542  
Atención: Miriam Christodoulou  
Teléfono: (516) 609-2000 Ext. 200  
Fax: (516) 609-2014  
Electrónico: [mchristodolou@tiegerman.org](mailto:mchristodolou@tiegerman.org)



# TIEGERMAN

Preescolar/Escuela Primaria • 100 Glen Cove Avenue, Glen Cove, NY 11542 • (516) 609-2000

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
(Última) (Primero) (Medio)

Hispanos o latinos:  Sí  No

Raza: (elijá todas las que correspondan)

Asiático

Negro

Nativo Americano/Nativo de Alaska

Isleño del Pacífico

Blanco

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento (ciudad, estado): \_\_\_\_\_

País (si no es EE. UU.): \_\_\_\_\_

¿Documentos de custodia o advertencias del tutor?:  Sí  No

Padres/tutores con los que residen los hijos: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa #: \_\_\_\_\_ No listado:  Sí  No

Persona de contacto principal: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es diferente: \_\_\_\_\_

Idioma materno dominante: \_\_\_\_\_



## INVENTARIO DE SALUD ESTUDIANTIL (PÁGINA 1)

Para los nuevos estudiantes de prekindergarten

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ oz.

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Si este niño no tiene problemas de salud conocidos, FIRME AQUÍ y no complete el resto de este formulario.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

Si este niño tiene problemas de salud conocidos, continúe.

Si la respuesta es "SÍ" a cualquiera de las preguntas a continuación, proporcione detalles, incluidas las fechas en la página 2 de este formulario.

Al nacer, ¿el bebé permaneció en el hospital más tiempo que la madre?  Sí  No

¿Su hijo tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

Alergia a la picadura de abeja	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alergia a los alimentos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alergia a los medicamentos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alergia a otros (por favor indique)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

---

Asma o problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dificultad para oír	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dificultad para ver	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otros problemas de salud (describalos en la página 2)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¿Su hijo toma medicamentos a diario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su hijo toma medicamentos de emergencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su hijo ha tenido infecciones de oído frecuentes o crónicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su hijo ha tenido faringitis estreptocócica frecuente o crónica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta del padre/tutor)

\_\_\_\_\_  
(Relación con el estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)



## INVENTARIO DE SALUD ESTUDIANTIL (PÁGINA 2)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Enumere a continuación cualquier alergia conocida a picaduras de insectos, alimentos, medicamentos u otras sustancias. Describa cómo se manejan las reacciones alérgicas de su hijo.

---

---

---

A continuación, haga una lista de los medicamentos que toma su hijo y las razones para tomarlos. Incluya los medicamentos diarios y/o de emergencia, así como la frecuencia y la dosis.

---

---

---

Describa cualquier hospitalización que haya tenido su hijo. Incluya razones, resultados y fechas.

---

---

---

Proporcione cualquier otra información sobre la salud de su hijo que sea pertinente para su bienestar en la escuela.

---

---

---

¿Su hijo tiene alguna necesidad especial o le preocupa el desarrollo de su hijo en alguna área?  
En caso afirmativo, sírvase dar una explicación.

---

---

---

# REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM

**TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR**

**Note:** NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special Education (CPSE).

## STUDENT INFORMATION

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
Sex Assigned at Birth: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Gender Identity: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Nonbinary <input type="checkbox"/> X	
School:	Grade:	Exam Date:

## HEALTH HISTORY

If yes to any diagnoses below, check all that apply and provide additional information.

<input type="checkbox"/> Allergies	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Seizures	Type: _____ Date of last seizure: _____ <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Diabetes	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

**Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes:** Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

**Percentile (Weight Status Category):**     < 5<sup>th</sup>     5<sup>th</sup>- 49<sup>th</sup>     50<sup>th</sup>- 84<sup>th</sup>     85<sup>th</sup>- 94<sup>th</sup>     95<sup>th</sup>- 98<sup>th</sup>     99<sup>th</sup> and >

**Hyperlipidemia:**     Yes     Not Done

**Hypertension:**     Yes     Not Done

## PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

<b>Height:</b>	<b>Weight:</b>	<b>BP:</b>	<b>Pulse:</b>	<b>Respirations:</b>
<b>Laboratory Testing</b>	<b>Positive</b>	<b>Negative</b>	<b>Date</b>	<b>Lead Level Required for PreK &amp; K</b>
TB-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 5 \mu\text{g/dL}$
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**System Review Within Normal Limits**

**Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below** (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine/Neck	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code*
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached	*Required only for students with an IEP receiving Medicaid	

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
-------	--------------------------------	------

**SCREENINGS**

**Vision & Hearing Screenings Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11**

Vision Screening	With Correction <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				<input type="checkbox"/>

Notes

<b>Hearing Screening:</b> Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.	<b>Not Done</b>
--	-----------------

Pure Tone Screening	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Referral <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
---------------------	---	--	---------------------------------------	--------------------------

Notes

Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7	<b>Negative</b>	<b>Positive</b>	<b>Referral</b>	<b>Not Done</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>

**FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS\*/PLAYGROUND/WORK**

**\*Family cardiac history reviewed** – required for Dominick Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act

**Student may participate in all activities without restrictions.**

**If Restrictions Apply** – Complete the information below

**Student is restricted from participation in:**

- Contact Sports:** Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.
- Limited Contact Sports:** Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.
- Non-Contact Sports:** Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.
- Other Restrictions:**

**Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY required** for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level **OR** Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.

**Tanner Stage:**  I  II  III  IV  V

**Other Accommodations\*:** Provide Details (e.g., brace, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.):

\*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.

**MEDICATIONS**

Order Form for medication(s) needed at school attached

**COMMUNICABLE DISEASE**

Confirmed free of communicable disease during exam

**IMMUNIZATIONS**

Record Attached  Reported in NYSIS

**HEALTHCARE PROVIDER**

Healthcare Provider Signature:

Provider Name: *(please print)*

Provider Address:

Phone:

Fax:

**Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.**



# TIEGERMAN

Preescolar/Escuela Primaria • 100 Glen Cove Avenue, Glen Cove, NY 11542 • (516) 609-2000

## LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL REGISTRO

Tenga en cuenta que al estudiante no se le permitirá asistir a la escuela sin prueba de lo siguiente documentos mencionados.

- Aplicación
- Certificado de nacimiento
- Cartilla de vacunación  
Preparado por un médico o persona autorizada que administre el agente inmunizante y deberá especificar las vacunas administradas y las fechas de administración
- Formulario de Examen de Salud  
Debe ser completado por un médico autorizado (consulte el formulario de Examen de Salud de Tiegerman adjunto)
- Documentos de custodia  
Necesarios si el niño no vive con ambos padres biológicos
- Identificación con foto del padre o tutor  
Licencia de conducir

