



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: Laura Thompson

Teléfono: (516) 609-2000 Ext. 127

Fax: (516) 609-2014

Electrónico: ltompson@tiegerman.org



TIEGERMAN

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

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____
(Última) (Primero) (Medio)

Sexo: ☐ M ☐ F

Hispanos o latinos: ☐ Sí ☐ No

Raza: (elijan 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: _____



TIEGERMAN

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

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 ☐ Sí ☐ No

Alergia a los alimentos ☐ Sí ☐ No

Alergia a los medicamentos ☐ Sí ☐ No

Alergia a otros (por favor indique) ☐ Sí ☐ No

Asma o problemas respiratorios ☐ Sí ☐ No

Diabetes ☐ Sí ☐ No

Dificultad para oír ☐ Sí ☐ No

Dificultad para ver ☐ Sí ☐ No

Convulsiones ☐ Sí ☐ No

Problemas cardíacos ☐ Sí ☐ No

Otros problemas de salud (descríbalos en la página 2) ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo toma medicamentos a diario? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo toma medicamentos de emergencia? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo ha tenido infecciones de oído frecuentes o crónicas? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo ha tenido faringitis estreptocócica frecuente o crónica? ☐ Sí ☐ 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: ☐ Female ☐ Male	Gender Identity: ☐ Female ☐ Male ☐ Nonbinary ☐ X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

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

☐ Allergies	Type: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached
☐ Asthma	☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached
☐ Seizures	Type: Date of last seizure: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached
☐ Diabetes	Type: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ 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/m²

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

Hyperlipidemia: ☐ Yes ☐ Not Done

Hypertension: ☐ Yes ☐ Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:	
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	Lead Level Required for PreK & K	Date
TB- PRN	☐	☐		☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g/dL}$	
Sickle Cell Screen-PRN	☐	☐			

☐ **System Review Within Normal Limits**
☐ **Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below** (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)

☐ HEENT	☐ Lymph nodes	☐ Abdomen	☐ Extremities	☐ Speech
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Back/Spine/Neck	☐ Skin	☐ Social Emotional
☐ Mental Health	☐ Lungs	☐ Genitourinary	☐ Neurological	☐ Musculoskeletal

☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code*
☐ 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 ☐ Yes ☐ No	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	☐ Yes	☐
Near Vision Acuity		20/	20/	☐ Yes	☐
Color Perception Screening ☐ Pass ☐ Fail					☐
Notes					
Hearing Screening: 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.					Not Done
Pure Tone Screening	Right ☐ Pass ☐ Fail	Left ☐ Pass ☐ Fail	Referral ☐ Yes		☐
Notes					
Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done
		☐	☐	☐ Yes	☐
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 <u>ONLY</u> 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			IMMUNIZATIONS		
☐ Confirmed free of communicable disease during exam			☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIIS		
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