

## Lista de verificación para la preinscripción

Asegúrese de traer lo siguiente cuando vaya a inscribir a su hijo.

- Al hijo al que está inscribiendo,**
- Comprobante de la edad del niño** (certificado de nacimiento, pasaporte o certificado de bautismo),
- El registro de vacunación del niño** (si lo tiene),
- Boletín de calificaciones o certificado de estudios más reciente del niño** (si lo tiene), y
- Dos (2) documentos de la siguiente lista como prueba de domicilio:**
  - Contrato de alquiler, título de propiedad o estado de cuenta de la hipoteca de la vivienda.
  - Una factura de servicios públicos de la vivienda (gas o electricidad) a nombre de quien la habita, emitida por una empresa de servicios públicos (por ejemplo, National Grid o Con Edison) y fechada dentro de los últimos 60 días;
  - Una factura residencial de servicios de televisión por cable. Debe tener el nombre de uno de los padres y la dirección de la vivienda, y ser expedida dentro de los últimos 60 días;
  - Documentación o carta con membrete de una agencia del gobierno federal, estatal o local, entre ellas el Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service, IRS*), la Autoridad de la Vivienda de la Ciudad de Nueva York (*New York City Housing Authority*), la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (*Office of Refugee Resettlement*), la Administración de Recursos Humanos (*Human Resources Administration*), la Administración de Servicios para Niños (*Administration for Children's Services, ACS*), o un subcontratista de la ACS, con el nombre, apellido y domicilio y fechada dentro de los últimos 60 días;
  - Una factura vigente del impuesto sobre la propiedad de la vivienda;
  - Una factura del servicio de agua de la vivienda, fechada dentro de los últimos 90 días;
  - Un recibo de alquiler que incluya el domicilio, fechado dentro de los últimos 60 días;
  - Documento de identidad expedido por el gobierno estatal, municipal u otra instancia gubernamental (puede ser la tarjeta IDNYC), que no esté vencido y que incluya el domicilio;
  - Formulario de impuesto sobre la renta del último año calendario;
  - Licencia oficial de conducir del Estado de Nueva York o permiso de aprendizaje que no esté vencido;
  - Documentación oficial de la nómina de un empleador, como un talón del cheque de sueldo con el domicilio, un formulario presentado con propósitos de retención del impuesto sobre la renta o un recibo de sueldo (una carta con el membrete del empleador no es aceptable); debe incluir el domicilio y estar fechada dentro de los últimos 60 días;
  - Documentación de inscripción electoral con el nombre completo y el domicilio del padre;
  - Documentos de afiliación vigentes, otorgados en función del domicilio (p. ej., de la asociación de vecinos), con el nombre, apellido y domicilio del padre;
  - Pruebas de custodia del menor, entre ellas órdenes de custodia judicial o documentos de tutela legal, con el nombre completo y domicilio del niño, y fechadas dentro de los últimos 60 días.

# Formulario de Información/Inscripción del Alumno

Para ser completado por uno de los padres o tutores:

## Información del alumno

APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	Nº DE CARNÉ ESTUDIANTIL
DOMICILIO PARTICULAR (N.º de casa, nombre de la calle, n.º de apto., ciudad, estado, código postal)				TELÉFONO PARTICULAR ( )
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	EDAD	SEXO (opcional) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NOMBRE, CIUDAD, ESTADO DE LA ÚLTIMA ESCUELA (o de la escuela actual)	
INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD: ¿Tiene el estudiante seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Si responde que Sí, ¿qué tipo de cobertura tiene? <input type="checkbox"/> Seguro médico privado (Private Health Insurance) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Child Health Plus B <input type="checkbox"/> NO ⇒ Si responde que NO, ¿desea que se comuniquen con usted para la obtención del seguro médico?			ALERTA DE SALUD: ¿Tiene el niño alguna condición de salud que pueda afectar su participación en actividades físicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL: ¿El estudiante recibe servicios de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Si responde que Sí, ¿tiene una copia del Plan de educación individualizado (IEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NO servicios de educación especial				
INFORMACIÓN SOBRE LOS ESTUDIANTES QUE APRENDEN INGLÉS (ELL) ¿Cuál es el idioma principal hablado en el hogar, independientemente del idioma hablado por el estudiante? _____ ¿Cuáles son los idiomas que el estudiante habla más a menudo? _____ Si corresponde, ¿qué idioma(s) lee y escribe el estudiante? _____				

## Información de los padres o tutores

APELLIDO		NOMBRE	PARENTESCO CON EL ALUMNO
DOMICILIO PARTICULAR (N.º de casa, nombre de la calle, n.º de apto., ciudad, estado, código postal)		IDIOMA PREFERIDO DE LOS PADRES O TUTORES ESCRITO: HABLADO:	
TELÉFONO PARTICULAR ( )	TELÉFONO CELULAR LABORAL ( )		CORREO ELECTRÓNICO DE UNO DE LOS PADRES O TUTORES
APELLIDO		NOMBRE	PARENTESCO CON EL ALUMNO
DOMICILIO PARTICULAR (N.º de casa, nombre de la calle, n.º de apto., ciudad, estado, código postal)		IDIOMA PREFERIDO DE LOS PADRES O TUTORES ESCRITO: HABLADO:	
TELÉFONO PARTICULAR ( )	TELÉFONO CELULAR LABORAL ( )		CORREO ELECTRÓNICO DE UNO DE LOS PADRES O TUTORES

## Para ser completado por el personal de inscripción:

<p><b>Inscripción (marque una opción):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nuevo</p> <p><input type="checkbox"/> Readmisión al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (NYC DOE) (menos de 1 año)</p> <p><input type="checkbox"/> Readmisión al NYC DOE (más de 1 año)</p> <p><input type="checkbox"/> Vuelta al código 10 (si corresponde la vuelta al código 10):</p> <p>❖ El estudiante tiene su más reciente expediente escolar</p> <p><input type="checkbox"/> Solicitud de expediente escolar destinada a una escuela fuera de la Ciudad de Nueva York</p> <p><b>Solicitud de transferencia (marque una opción):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hermanos (sólo para la escuela primaria) <input type="checkbox"/> Seguridad</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado infantil (sólo para la escuela primaria) <input type="checkbox"/> Razones médicas <input type="checkbox"/> Viaje (sólo para la escuela secundaria) <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____</p>	<p><b>Disposición:</b></p> <p>_____</p> <p>Nombre de la escuela en la que está inscrito/DBN</p> <p><b>Remitido a:</b></p> <p>_____</p> <p>Nombre de la escuela/DBN</p> <p>1) _____</p> <p>2) _____</p>
---	--

Me reuní con un consejero y entiendo mis opciones y el proceso de asignación de cupo escolar. Entiendo la información presentada y recibí la información necesaria para proceder.

Nombre/firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre/firma de consejero: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**Para ser completado por el personal de inscripción**

Nombre del empleado que completa la inscripción: \_\_\_\_\_

**Documentos presentados (marque todas las opciones que correspondan)**

El comprobante de domicilio se puede verificar con dos cualesquiera de los siguientes documentos:

- El comprobante de domicilio se debe demostrar con dos cualesquiera de los siguientes documentos, cada uno de los cuales debe estipular la dirección del hogar.
- Un contrato de alquiler, título de propiedad o declaración de préstamo hipotecario para la vivienda.
  - Una factura de servicios públicos residenciales (gas o electricidad) a nombre del residente, emitida por una empresa de servicios públicos (por ejemplo, National Grid o Con Edison)
  - Documentación o carta con membrete de una agencia del gobierno federal, estatal o local, entre ellas el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Dirección de Vivienda de la Ciudad, la Administración de Recursos Humanos, la Administración de Servicios para los Niños (ACS) o un subcontratista de la ACS o la Oficina Federal de Asentamiento de Refugiados, indicando el nombre completo y la dirección del residente
  - Una factura reciente del impuesto por la propiedad de la vivienda
  - Una factura de agua de la residencia, con fecha dentro de los últimos 90 días;
  - Recibo de alquiler que incluye la dirección de la residencia.
  - Documento de identidad emitido por el gobierno estatal, municipal u otro gobierno; vigente y que incluye la dirección de residencia
  - Formulario de impuestos sobre los ingresos para el último año calendario
  - Licencia oficial de conducir del estado de Nueva York o permiso de aprendizaje que no haya vencido.
  - Documentación oficial de nómina proveniente de un empleador, como una nómina de pago, un formulario presentado para propósitos de retención de impuestos o un comprobante de pago de sueldos y salarios (no se acepta una carta con el membrete del empleador), el cual debe incluir la dirección particular.
  - Pruebas de custodia del niño, entre las cuales órdenes de custodia judicial o documentos de tutela legal emitidos dentro de los últimos 60 días con el nombre completo y la dirección de residencia.
  - Declaración jurada de residencia de los padres, si corresponde, de conformidad con la Disposición del Canciller CR A-101
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

Prueba de la fecha de nacimiento:  Partida de nacimiento  Pasaporte  Registro de bautismo, con la fecha de nacimiento  Otro, especifique \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Expediente escolar/Boletín de calificaciones	<input type="checkbox"/> Carta del médico	<input type="checkbox"/> Carta de la agencia
<input type="checkbox"/> Certificado de vacunación	<input type="checkbox"/> Informe de incidentes	<input type="checkbox"/> Carta notariada del empleador
<input type="checkbox"/> IEP (Programa de educación individualizado)	<input type="checkbox"/> Formulario de resumen de investigación de transferencia por razones de seguridad	<input type="checkbox"/> Plan de adaptaciones 504
<input type="checkbox"/> Declaración jurada de uno de los padres o tutores	<input type="checkbox"/> Formulario de admisión de la transferencia por razones de seguridad	<input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____ )
<input type="checkbox"/> Declaración jurada de custodia de tutores que no sean padres	<input type="checkbox"/> Informe policial/N.º de archivo	<input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____ )
<input type="checkbox"/> Declaración jurada de emancipación	<input type="checkbox"/> Documentación judicial	<input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____ )
<input type="checkbox"/> Formulario de transferencia ("T-Form")	<input type="checkbox"/> Carta notariada del proveedor de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____ )

*\*Consulte la Disposición del Canciller A 101 para obtener una lista completa de los documentos que se puedan presentar como prueba de domicilio y/o prueba de nacimiento.*

**Notas de la entrevista** (Incluya toda la información que corresponda):

**Historial escolar:** Nivel de grado, créditos, calificaciones de exámenes, preparación para el proceso de elección, exámenes Regents/RCT, información de remoción, información del proceso de ingreso a la escuela secundaria (HSAPS)

**Servicios a los que tienen derecho:** Servicios de educación especial, se proporciona un IEP, servicios de estudiantes que aprenden inglés (ELL), etc. (según la revisión del expediente escolar y el boletín de calificaciones)

**Circunstancias especiales:** Participación de la agencia/contacto, vivienda temporal, tutela temporal, etc.

**Centros de interés de la escuela:** Preferencias de los padres, centros de interés académicos, solicitudes, centros de interés de los programas para los estudiantes ELL potenciales

Para ser completado por el consejero de inscripciones, si corresponde:

Indique si existe cualquier orden judicial que pueda afectar el acceso de los padres a los expedientes del estudiante:

Nombre completo (nombre de pila y apellido): \_\_\_\_\_

Documentación presentada (orden judicial, etc.): \_\_\_\_\_

**ESTATUS DE SITUACIÓN** (marque una opción):  Registrado  Referido  Ninguna acción  Información entregada  Pendiente

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Comentarios:



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN de la Ciudad de Nueva York  
**FORMULARIO FEDERAL PARA PADRES O TUTORES SOBRE LA IDENTIFICACIÓN  
RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDIANTE**

FORM  
PSE

Para el padre o tutor:

La ley federal exige que el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York recopile y registre la identidad étnica y racial de los estudiantes de las escuelas públicas. Esta información se utiliza para determinar, entre otras cosas, el financiamiento para su escuela y se mantiene de forma segura y confidencial.

Para hacer esta tarea necesitamos su ayuda. Por favor responda las preguntas sobre la identificación racial y étnica que están al dorso de esta página. La primera pregunta le ofrece la oportunidad de indicar si su hijo es hispano, latino o de origen hispano. La segunda pregunta le brinda la oportunidad de indicar la(s) raza(s) de su hijo. Asegúrese de contestar ambas preguntas. Los estudiantes que se identifiquen con más de una raza serán computados en la categoría "dos o más razas". Los estudiantes hispanos de todas las razas serán ubicados en la categoría hispano.

El Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York entiende que este es un proceso delicado. Las opciones ofrecidas por el gobierno federal quizás no representen de forma precisa y completa la descripción de su propia familia acerca de su identificación étnica y racial. Lo alentamos a que ofrezca respuestas basadas en su buen juicio. Si se niega a responder ambas preguntas las normas establecen que el personal de las escuelas del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York identifiquen a su hijo en nombre suyo.

La información acerca de la raza y la etnia de los estudiantes está protegida por normas de confidencialidad citadas al pie de esta página.

Gracias por su cooperación.

Padres y tutores: por favor completen el formulario que se encuentra al dorso de esta página y devuélvanlo a la escuela de su hijo.

Personal de la escuela: archiven el formulario una vez completo en la carpeta del expediente acumulativo del estudiante en calidad de información confidencial.

**Normas y procedimientos acerca de la confidencialidad de la información**

La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), promulgada en 1974 y las Disposiciones del Canciller A-820 prohíben el acceso y la entrega de cualquier archivo que identifique al estudiante, bien por su nombre, o bien por su número de carné estudiantil.



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN de la Ciudad de Nueva York  
**FORMULARIO FEDERAL PARA PADRES O TUTORES SOBRE LA IDENTIFICACIÓN RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDIANTE**

FORM  
PSE

- Todos los estudiantes con edades entre 5 y 21 años tienen derecho a recibir una educación pública gratuita.
- La ley federal exige que el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York recopile y registre la identidad étnica y racial de los estudiantes de las escuelas públicas.
- No se les podrá negar a los niños el ingreso a una escuela pública debido a raza, color, credo, nacionalidad, género, identidad sexual, embarazo, estatus de inmigración o ciudadanía, discapacidad, orientación sexual, religión o grupo étnico.<sup>1</sup>

**Solamente en inglés**

**PERSONAL DE LA ESCUELA: POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN**

Municipio  Distrito   Escuela    Nombre de la escuela secundaria/mini escuela o anexo

Código del grado    Código de la clase     Número de identificación estudiantil de la Ciudad de Nueva York

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Nombre completo del estudiante: apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre

**PADRES O TUTORES: POR FAVOR COMPLETEN ESTA SECCIÓN**

**POR FAVOR RESPONDA AMBAS PREGUNTAS (1) Y (2). LÉALAS ANTES DE RESPONDER.**

Para responder la pregunta (1) haga una marca (✓) en el casillero que mejor describa a su hijo.

**1. ¿El estudiante es hispano, latino o de origen hispano?** Hispano, latino o de origen hispano comprende a personas procedentes de Cuba, República Dominicana, México, Puerto Rico, América central o Sudamérica, o de otras culturas u orígenes hispanos sin tener en cuenta la raza de dichas personas.

Sí, hispano  
 NO, no hispano

Para responder la pregunta (2) haga una marca (✓) en **todos** los casilleros que se apliquen a su hijo.

**2. Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales.**

**INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS O DE ALASKA:** una persona ascendiente de cualquier pueblo originario de América del Norte y de América del Sur (incluye América Central) (Código ATS: B)

**ASIÁTICO:** una persona ascendiente de cualquier pueblo originario del Lejano Oriente, del Sudeste Asiático o del Subcontinente Indio. Incluye por ejemplo a Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam. (Código ATS: C)

**INDÍGENA DE HAWAI O DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO:** una persona ascendiente de cualquier pueblo originario de Hawai, Guam o de otras islas del Pacífico. (Código ATS: D)

**RAZA NEGRA:** una persona ascendiente de cualquier grupo de raza negra del África. (Código ATS: E)

**RAZA BLANCA:** una persona ascendiente de cualquier pueblo originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente. (Código ATS: F)

Firma del padre, tutor, persona encargada u observador del personal escolar:

Fecha:

Parentesco con el estudiante:

Padre  Tutor  Otro  Observador del personal de la escuela (nombre):

**CUESTIONARIO DE LA VIVIENDA**

Padre/tutor/estudiante:

Este cuestionario tiene el objetivo de abordar la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435, y lo deben responder todos los estudiantes. La información que da es confidencial. Su hijo no será discriminado en base a la información proporcionada.

Por favor responda las siguientes preguntas acerca de la vivienda del estudiante para que ayude a determinar los servicios a los que el alumno puede tener derecho.

**Aviso a las escuelas y a las personas de enlace de vivienda temporal:** Por favor ayuden a los estudiantes y a las familias a llenar este formulario. No incluyan simplemente este formulario en el paquete de inscripción, porque si el estudiante cumple con los requisitos como residente de una vivienda temporal, **no es necesario que envíe un comprobante de domicilio** ni otros documentos obligatorios que puedan llegar a ser parte del paquete de inscripción.

Nombre del alumno			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Nº OSIS	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Sexo	Escuela
			22K139

Por favor identifique la condición actual de vivienda del estudiante. Por favor marque una casilla.

Para el uso exclusivo  
de la escuela

Marque (√)	Condiciones de vivienda	ATS Code
	<b>Doubled-Up</b> Vive con otra familia o persona debido a pérdida de hogar o como resultado de problemas económicos	D
	<b>Albergue</b> Vive en un albergue o refugio temporal	S
	<b>En espera de hogar de crianza</b>	A
	<b>Hotel / Motel</b> Vive en un lugar que NO es un albergue o refugio temporal y que implica pagos.	H
	<b>Otra situación de vivienda temporal</b> Vive en una zona de casas móviles, campamento, automóvil, parque, lugar público, edificio abandonado, calle o cualquier otro lugar inadecuado.	T
	<b>Vivienda permanente</b> Vive en condiciones de vivienda fijas, normales y adecuadas	P

Si el estudiante NO vive en una vivienda permanente, también indique si lo siguiente se aplica:

Para el uso exclusivo de  
la escuela

	<b>Menor sin acompañante</b> Jóvenes que no se encuentran bajo la custodia de un padre o tutor.	<b>Unac Youth</b> Enter "Y" if applicable
--	--	--

Nombre y apellido del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Entregue este formulario en la escuela de su hijo como se pide.

**Nota:** La respuesta que dé arriba ayudará a determinar qué servicios podrían recibir usted o su hijo de conformidad con la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley tienen derecho a inscribirse de forma inmediata en la escuela, incluso si no tienen los documentos que normalmente se necesitan, tales como comprobantes de domicilio, expediente escolar, certificado de vacunación o certificado de nacimiento. Después de que el alumno se haya inscrito, la nueva escuela debe comunicarse con él o con el establecimiento en el que estudió para pedir el expediente educativo, el cual incluye el certificado de vacunación, y las personas de enlace para estudiantes en vivienda temporal (STH) deben ayudar al estudiante a obtener los documentos o vacunas que faltan. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y a otros servicios. Por favor remítase a la Disposición del Canciller A-780.

Este formulario tiene un documento adjunto de una página titulado  
 "Ley McKinney-Vento de Asistencia a Indigentes: Guía de padres y estudiantes en vivienda temporal".

## McKinney-Vento Homeless Assistance Act

### Students in Temporary Housing Guide for Parents & Youth

TOPIC	IMPORTANT INFORMATION
<p><b>Children living in the following situations are considered homeless for the purposes of education rights under the McKinney-Vento Act:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In a shelter, transitional shelter, motel, campground, abandoned in a hospital, or awaiting foster care placement.</li> <li>• In a car, park, public place, bus, train or abandoned building.</li> <li>• Doubled up with friends or relatives because you cannot find or afford housing.</li> </ul>
<p><b>Unaccompanied Youth</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Youth who is not in the physical custody of a parent or guardian and who meets the definition of homelessness set forth in the explanation above.</li> </ul> <p><i>Unaccompanied homeless youth have the same rights as homeless students who reside with a parent or guardian.</i></p>
<p><b>Students who fall under the McKinney-Vento Act's definition of homeless have the following rights:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• To a free public education.</li> <li>• To immediate enrollment in the zoned school.</li> <li>• To attend school no matter how long they have lived at their current location.</li> <li>• To stay in their school of origin (school attended before becoming homeless or the last school attended) or choose to attend their new zoned school.</li> <li>• To transportation services to and from school.</li> <li>• To not be denied immediate school enrollment just because of their situation or because they lack enrollment documentation.</li> <li>• To not be separated from the regular school program because they are homeless.</li> <li>• To receive free school meals.</li> </ul>
<p><b>Important information:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Office of Safety and Youth Development (OSYD) has at least one Student in Temporary Housing (STH) Content Expert in each borough who serves as the STH liaison and manages programs and services designed to help children who are homeless pursue their education. The STH Content Expert supervises a team of Family Assistants.</li> <li>• Each Children First Network (CFN) has a designated Youth Development liaison available to assist children who are homeless with their educational needs and provide support to the schools in the network.</li> <li>• Additionally, District 75 and District 79 each have a designated STH liaison available to assist children who are homeless with their educational needs.</li> <li>• Family Assistants are located at shelters and in some schools. They are responsible for assisting homeless parents and their children with their educational needs.</li> <li>• Family Assistants are available to assist the child's parent/guardian with school enrollment, obtaining immunizations, school records, and arranging transportation to and from school. School staff should not hesitate to contact their STH liaison for individual questions, to arrange training, or to assist unaccompanied youth.</li> </ul>
<p><b>School Selection:</b></p>	<p>Schools must allow parents/guardians to choose the child's school when their child is homeless. The parent/guardian may choose among the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) The school the child attended when permanently housed (school of origin);</li> <li>b) The school in which the student was last enrolled; or</li> <li>c) Any school available to a permanently housed child residing in the area where the homeless student is currently residing.</li> </ol>
<p><b>School Enrollment: (Apply only if your child is not currently enrolled or you want to change school)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementary School – register your child at your zoned school. If you are currently residing in a NYC Department of Homeless Services shelter, the family assistant at your shelter will be able to assist you, if needed. If there is no family assistant in your shelter or if you are not residing in a shelter, please contact your school or the STH liaison for assistance.</li> <li>• Middle School – same procedure as elementary school except where your district does not have zoned middle schools, then you must report to the Borough Enrollment Center. For the location of your Borough Enrollment Center, please call 311.</li> <li>• High School – all high school students must register at the Borough Enrollment Center. For the location of the nearest Borough Enrollment Center, please call 311.</li> </ul>
<p><b>Enrollment Disputes:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If a dispute arises over the school selection or enrollment, your child must be immediately admitted to the school in which he/she is seeking enrollment, pending resolution of the dispute.</li> <li>• The parent/guardian must be provided with a written explanation of the school decision on the dispute, including the right to appeal, and referred to the STH Family Assistant or STH liaison for assistance.</li> </ul>
<p><b>Transportation:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Students who are defined as homeless by the McKinney-Vento Act are entitled to transportation to and from school, if necessary.</li> <li>• If available, busses will be provided to students grades K-6; if not available, they are eligible for student MetroCard.</li> <li>• For students in grades Pre-K to 6 who are eligible for transportation and receive a student MetroCard, their parents/guardians are eligible for public transportation assistance (MetroCard) to accompany the child.</li> <li>• Students in grades 7-12 are eligible for student MetroCard.</li> </ul>

For more information, please contact the borough Students in Temporary Housing Program or your Children First Network to speak to an STH liaison or call 311 or visit our web site at:  
<http://schools.nyc.gov/StudentSupport/NonAcademicSupport/StudentsinTemporaryHousing/default.htm>



**Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York**  
**Encuesta acerca de las necesidades lingüísticas en prejardín de infantes**

Estimados padres o tutores de \_\_\_\_\_ (enter student name here)  
 Esta encuesta es una parte importante de su paquete de preinscripción en prejardín de infantes porque le da a su nueva escuela información acerca de las necesidades de idioma de su familia. Apreciamos en grado sumo su ayuda al responder las preguntas a continuación. Por favor, entréguele este formulario al administrador de su escuela, \_\_\_\_\_, y si usted tiene preguntas, hable con \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Gracias N.º de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

**PARTE 1. NECESIDADES LINGÜÍSTICAS:** esta información determina cuál es el idioma que se habla en el hogar y el idioma de enseñanza pedido por la familia (si está disponible).

1. ¿Qué idioma(s) habla usted en el hogar? Por favor marque (✓) todo lo que sea pertinente:		
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Urdu	
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Francés	
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	
<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> Albanés	
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Panyabí	
<input type="checkbox"/> Haitiano criollo	<input type="checkbox"/> Polaco	
<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____	
2. ¿Qué idioma <u>entiende</u> el niño?		
Inglés <input type="checkbox"/>	Otro(s) idioma(s) nativo(s) <input type="checkbox"/>	
3. ¿Qué idioma <u>habla</u> el niño?		
Inglés <input type="checkbox"/>	Otro(s) idioma(s) nativo(s) <input type="checkbox"/>	
4. ¿Qué idioma <u>lee</u> el niño?		
Inglés <input type="checkbox"/>	Otro(s) idioma(s) nativo(s) <input type="checkbox"/>	No lee todavía <input type="checkbox"/>
5. ¿Qué idioma <u>escribe</u> el niño?		
Inglés <input type="checkbox"/>	Otro(s) idioma(s) nativo(s) <input type="checkbox"/>	No escribe todavía <input type="checkbox"/>
6. ¿Qué idioma se habla en el hogar o la residencia del niño <u>la mayor parte del tiempo</u> ?		
Inglés <input type="checkbox"/>	Otro(s) idioma(s) nativo(s) <input type="checkbox"/>	
7. ¿Qué idioma habla el niño con sus padres o tutores <u>la mayor parte del tiempo</u> ?		
Inglés <input type="checkbox"/>	Otro(s) idioma(s) nativo(s) <input type="checkbox"/>	
8. ¿Qué idioma habla el niño con hermanos, hermanas, o amigos <u>la mayor parte del tiempo</u> ?		
Inglés <input type="checkbox"/>	Otro(s) idioma(s) nativo(s) <input type="checkbox"/>	
9. ¿Qué idioma habla el niño con otros familiares o proveedores de cuidados (por ejemplo, niñeras) <u>casi siempre</u> ?		
Inglés <input type="checkbox"/>	Otro(s) idioma(s) nativo(s) <input type="checkbox"/>	
10. ¿Le gustaría que su hijo reciba enseñanza en su idioma nativo? (si está disponible):		
<input type="checkbox"/> Todo el tiempo	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces



**Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York**  
**Encuesta acerca de las necesidades lingüísticas en prejardín de infantes**

**PARTE 2. PLANIFICACIÓN EDUCATIVA:** las respuestas a estas preguntas suplementarias se usarán para la planificación educativa. Ingrese la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas pertinentes a su hijo.

1.	¿Es ésta la primera vez que su hijo participa en un programa de enseñanza o experiencia de grupo en Estados Unidos?	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	SI RESPONDE NO:	
	a. ¿Dónde participó: cuidado diario / preescolar / grupo de juego (play group)?	
	b. ¿Cuál fue la fecha de inscripción?	
	c. ¿Por cuánto tiempo participó?	
	d. ¿Qué idioma se usó para la enseñanza?	
2.	¿Su hijo ha participado en un programa de enseñanza o experiencia de grupo en <u>otro país</u> ?	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	SI RESPONDE SÍ:	
	a. ¿Dónde participó: cuidado diario / preescolar / grupo de juego (play group)?	
	b. ¿Por cuánto tiempo participó?	
	c. ¿Qué idioma se usó para la enseñanza?	
3.	¿Presenta su hijo algún problema que requiera ayuda o atención especial en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si responde SÍ, por favor marque todas las opciones que correspondan:	
	<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Discapacidad emocional
	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Asma
	<input type="checkbox"/> Discapacidad en el habla	<input type="checkbox"/> Trastornos en el desarrollo
	<input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____
	Si responde SÍ, ¿qué tipo de intervención en la primera infancia recibió su hijo?	
4.	¿Usa el niño cualquier otra forma de comunicación, como lenguaje de señas americano o un aparato para la comunicación aumentativa (por ejemplo, tablero de comunicaciones: manual / electrónico)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	SI RESPONDE SÍ: ¿Cuáles?	

**PARTE 3. INFORMACIÓN DE LOS PADRES:** Las respuestas a estas preguntas suplementarias se usarán para que el Departamento de Educación se pueda comunicar con usted en el idioma de su preferencia.

1.	¿Cuál es su idioma materno?	
	Padres o tutores: _____ Padre/Tutor: _____	
	Idioma materno: _____ Idioma materno: _____	
2.	¿En qué idioma le gustaría recibir información por escrito de la escuela?	
3.	¿En qué idioma prefiere comunicarse verbalmente con el personal de la escuela?	
	Firma de uno de los padres _____ Fecha _____	

**The New York City Department of Education  
Pre-Kindergarten Language Needs Survey**

TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL ONLY		
Date:	Name of Student/ID:	
Borough:	District:	School:
Brooklyn	22	P.S. 139
Gender:	Ethnicity Code: (form PSE):	Date of Birth:
Relationship of person providing information for survey (check one):		
<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other (specify):		
If an interview is conducted, in what language is it conducted?		
Is a translator/interpreter used?		
OTELE Alpha Code		
Potential English Language Learner?		
Instruction will be provided in:		
<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Both English and the home language of _____		

**CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM**  
 NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please Print Clearly

NYC ID (OSIS)

**TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN**

Child's Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle Name \_\_\_\_\_ Sex  Female  Male Date of Birth (Month/Day/Year) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Child's Address \_\_\_\_\_ Hispanic/Latino?  Yes  No Race (Check ALL that apply)  American Indian  Asian  Black  White  
 Native Hawaiian/Pacific Islander  Other \_\_\_\_\_

City/Borough \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ School/Center/Camp Name \_\_\_\_\_ District Number \_\_\_\_\_ Phone Numbers Home \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_

Health Insurance  Yes  No Parent/Guardian Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 (including Medicaid)?  No  Foster Parent

**TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER**

Birth history (age 0-6 yrs)  
 Uncomplicated  Premature: \_\_\_\_\_ weeks gestation  
 Complicated by \_\_\_\_\_

Allergies  None  Epi pen prescribed  
 Drugs (list) \_\_\_\_\_  
 Foods (list) \_\_\_\_\_  
 Other (list) \_\_\_\_\_

Attach MAF if in-school medications needed

Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following?  
 Asthma (check severity and attach MAF):  Intermittent  Mild Persistent  Moderate Persistent  Severe Persistent  
 If persistent, check all current medication(s):  Quick Relief Medication  Inhaled Corticosteroid  Oral Steroid  Other Controller  None  
 Asthma Control Status  Well-controlled  Poorly Controlled or Not Controlled  
 Anaphylaxis  Seizure disorder  
 Behavioral/mental health disorder  Speech, hearing, or visual impairment  
 Congenital or acquired heart disorder  Tuberculosis (latent infection or disease)  
 Developmental/learning problem  Hospitalization  
 Diabetes (attach MAF)  Surgery  
 Orthopedic injury/disability  Other (specify) \_\_\_\_\_  
 Explain all checked items above.  Addendum attached.

Medications (attach MAF if in-school medication needed)  
 None  Yes (list below)

PHYSICAL EXAM Date of Exam: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ cm (\_\_\_\_%ile)  
 Weight \_\_\_\_\_ kg (\_\_\_\_%ile)  
 BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> (\_\_\_\_%ile)  
 Head Circumference (age ≤2 yrs) \_\_\_\_\_ cm (\_\_\_\_%ile)  
 Blood Pressure (age ≥3 yrs) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

General Appearance:  Physical Exam WNL

Ni Abnl	Ni Abnl	Ni Abnl	Ni Abnl	Ni Abnl
<input type="checkbox"/> Psychosocial Development	<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Skin
<input type="checkbox"/> Language	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological
<input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Back/spine

Describe abnormalities:

DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs)  
 Validated Screening Tool Used? \_\_\_\_\_ Date Screened \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Yes  No  
 Screening Results:  WNL  
 Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below):  
 Cognitive/Problem Solving  Adaptive/Self-Help  
 Communication/Language  Gross Motor/Fine Motor  
 Social-Emotional or Personal-Social  Other Area of Concern: \_\_\_\_\_

Describe Suspected Delay or Concern: \_\_\_\_\_

Nutrition  
 < 1 year  Breastfed  Formula  Both  
 ≥ 1 year  Well-balanced  Needs guidance  Counseled  Referred  
 Dietary Restrictions  None  Yes (list below)

Hearing Date Done \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Results  
 < 4 years: gross hearing \_\_\_\_\_  NI  Abnl  Referred  
 OAE \_\_\_\_\_  NI  Abnl  Referred  
 ≥ 4 yrs: pure tone audiometry \_\_\_\_\_  NI  Abnl  Referred

VISION Date Done \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Results  
 < 3 years: Vision appears: \_\_\_\_\_  NI  Abnl  
 Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years) Right \_\_\_\_\_ Left \_\_\_\_\_  
 Unable to test

Screened with Glasses?  Yes  No  
 Strabismus?  Yes  No

Dental  
 Visible Tooth Decay  Yes  No  
 Urgent need for dental referral (pain, swelling, infection)  Yes  No  
 Dental Visit within the past 12 months  Yes  No

Child Receives EI/CPSE/CSE services  Yes  No

Child Receives EI/CPSE/CSE services  Yes  No

CIR Number \_\_\_\_\_ Physician Confirmed History of Varicella Infection

Report only positive immunity:

IMMUNIZATIONS - DATES	IgG Titers	Date
DTP/DTaP/DT _____	Hepatitis B _____	_____
Td _____	Measles _____	_____
Polio _____	Mumps _____	_____
Hep B _____	Rubella _____	_____
Hib _____	Varicella _____	_____
PCV _____	Polio 1 _____	_____
Influenza _____	Polio 2 _____	_____
HPV _____	Polio 3 _____	_____

ASSESSMENT  Well Child (Z00.129)  Diagnoses/Problems (list) \_\_\_\_\_ ICD-10 Code \_\_\_\_\_

RECOMMENDATIONS  Full physical activity  
 Restrictions (specify) \_\_\_\_\_  
 Follow-up Needed  No  Yes, for \_\_\_\_\_ Appt. date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Referral(s):  None  Early Intervention  IEP  Dental  Vision  
 Other \_\_\_\_\_

Health Care Practitioner Signature \_\_\_\_\_ Date Form Completed \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Health Care Practitioner Name and Degree (print) \_\_\_\_\_ Practitioner License No. and State \_\_\_\_\_

Facility Name \_\_\_\_\_ National Provider Identifier (NPI) \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

DOHMH ONLY PRACTITIONER I.D. \_\_\_\_\_

TYPE OF EXAM:  NAE Current  NAE Prior Year(s)  
 Comments: \_\_\_\_\_

Date Reviewed: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ I.D. NUMBER \_\_\_\_\_

REVIEWER: \_\_\_\_\_

FORM ID# \_\_\_\_\_

# 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.º 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 (Recomblivax) 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.
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 reciba 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 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.º.
- 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.º).
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 válida); 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