

To: Parent/Guardian:

The newly enacted Medical Privacy Law (FERPA for school nurses and HIPPA for physicians) requires that written consent be obtained from parents or guardians prior to medical professions sharing information concerning your child's medical history. It is advisable, in these situations, that confidential information be shared with schools staff, cafeteria staff, and bus drivers.

This invaluable health related information would only be shared on an as needed basis. Your child's health and safety is of the utmost importance to us.

Thank you,

Maria DiScipio, R.N.

School Nurse

---

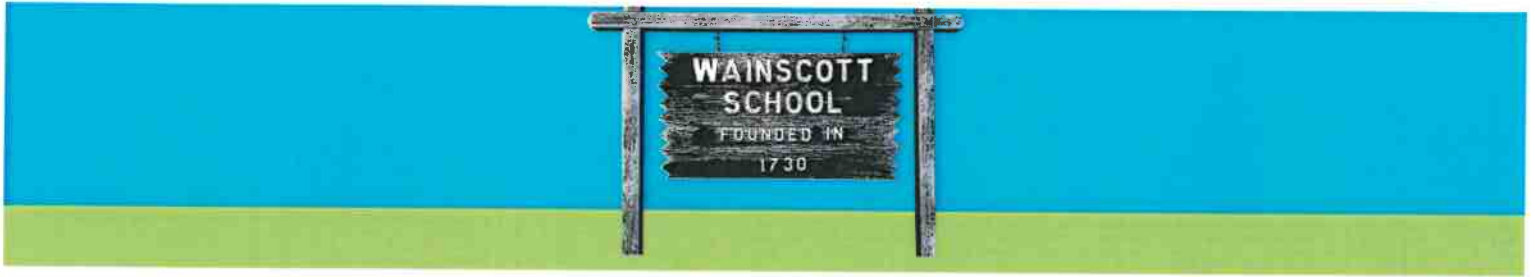
Please fill out the following and return to the nurse's office.

I give permission for health related information to be shared with any staff member employed by the Wainscott Common School District who is working with my child

\_\_\_\_\_  
Student Name

Parent Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



Para: Padre / tutor:

La recién promulgada Ley de Privacidad Médica (FERPA para enfermeras escolares y HIPPA para médicos) requiere que se obtenga el consentimiento por escrito de los padres o tutores antes de que las profesiones médicas compartan información sobre el historial médico de su hijo. Es aconsejable, en estas situaciones, que la información confidencial se comparta con el personal escolar, el personal de la cafetería y los conductores de autobuses.

Esta información valiosa relacionada con la salud solo se compartiría según sea necesario. La salud y la seguridad de su hijo son de suma importancia para nosotros.

Gracias,

Maria DiScipio, R.N.  
Enfermera de la escuela

---

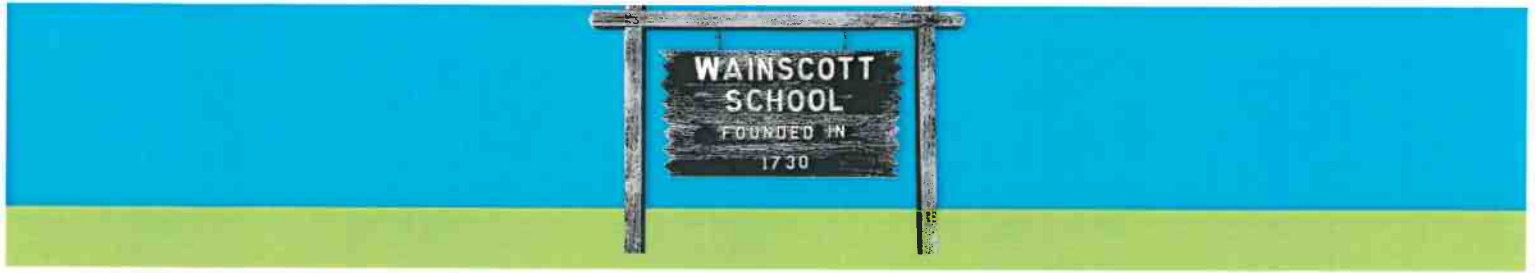
Por favor llene lo siguiente y regrese a la oficina de la enfermera.

Autorizo el intercambio de información relacionada con la salud con cualquier miembro del personal empleado por el Waincott Common School District que está trabajando con mi hijo/hija.

---

Nombre del estudiante

Firma del padre / madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Health and Dental Examination Requirements

Dear Parents/Guardians,

New York State law requires a health examination for all students **entering the school district for the first time and when entering Pre-K or K, 1<sup>st</sup>, 3<sup>rd</sup>, 5<sup>th</sup>, 7<sup>th</sup>, 9<sup>th</sup> and 11<sup>th</sup> grade**. The examination must be completed by a New York State licensed physician, physician assistant or nurse practitioner.

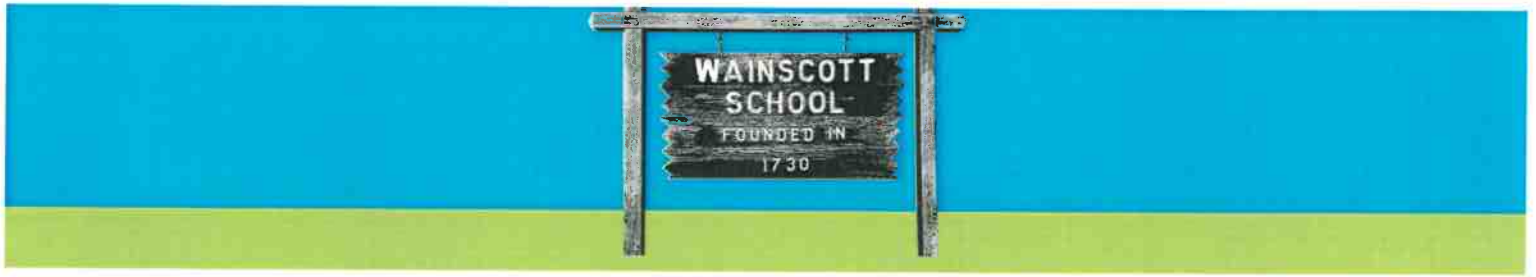
A dental certificate which states your child has been seen by a dentist or dental hygienist is also asked for at the same time. The school will provide you with a list of dentists and registered dental hygienists who offer dental services on a free or reduced cost basis if you ask for it.

- A copy of the health examination must be provided to the school within 30 days from when your child first starts at the school, and when your child starts Pre-K or K, 1<sup>st</sup>, 3<sup>rd</sup>, 5<sup>th</sup>, 7<sup>th</sup>, 9<sup>th</sup> & 11<sup>th</sup> grades. If a copy is not given to the school within 30 days, the school will contact you.
- If your child has an appointment for an exam during this school year that is after the first 30 days of school, please notify the Health Office with the date.
- For your convenience, a physical exam form and dental certificate for your health care providers is enclosed.
- Communication between private and school health staff is important for safe and effective care at school. Your healthcare provider may not share health information with school health staff without your signed permission. Please talk to your provider about signing their consent form for the school at the time of your child's appointment for the examination.

We suggest you make copies of the completed forms for your own records before sending them to the school health office. Forms may also be faxed to 631-537-6977.

Sincerely,

Maria DiScipio, R.N.  
School Nurse



## Requisitos de exámenes de salud y dentales

Estimados Padres/Tutores,

La ley del estado de Nueva York requiere un examen de salud para todos los estudiantes **que ingresan al distrito escolar por primera vez y cuando ingresan a Pre-K o K, 1º, 3º, 5º, 7º, 9º y 11º grado**. El examen debe ser completado por un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia del estado de Nueva York.

Al mismo tiempo, también se solicita un certificado dental que indique que su hijo ha sido visto por un dentista o higienista dental. La escuela le proporcionará una lista de dentistas e higienistas dentales registrados que ofrecen servicios dentales gratuitos o a costo reducido si usted lo solicita.

- Se debe proporcionar una copia del examen de salud a la escuela dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que su hijo comienza a trabajar en la escuela, y cuando su hijo comienza Pre-K o K, 1º, 3º, 5º, 7º, 9º y 11º grados. Si no se entrega una copia a la escuela dentro de los 30 días, la escuela se comunicará con usted.
- Si su hijo tiene una cita para un examen durante este año escolar que es después de los primeros 30 días de clases, notifique a la Oficina de Salud con la fecha.
- Para su comodidad, se adjunta un formulario de examen físico y un certificado dental para sus proveedores de atención médica.
- La comunicación entre el personal de salud privado y escolar es importante para una atención segura y eficaz en la escuela. Su proveedor de atención médica no puede compartir información de salud con el personal de salud de la escuela sin su permiso firmado. Hable con su proveedor sobre la posibilidad de firmar su formulario de consentimiento para la escuela en el momento de la cita de su hijo para el examen.

Le sugerimos que haga copias de los formularios completados para sus propios registros antes de enviarlos a la oficina de salud de la escuela. Los formularios también se pueden enviar por fax al 631-537-6977.

Sinceramente

Maria DiScipio, R.N.  
Enfermera Escolar

# 2024-25 School Year New York State Immunization Requirements for School Entrance/Attendance<sup>1</sup>

**NOTES:**

All children must be age-appropriately immunized to attend school in New York State. The number of doses depends on the schedule recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Intervals between doses of vaccine must be in accordance with the "[ACIP-Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule](#)." Doses received before the minimum age or intervals are not valid and do not count toward the number of doses listed below. See footnotes for specific information for each vaccine. Children who are enrolling in grade-less classes must meet the immunization requirements of the grades for which they are age equivalent.

**Dose requirements MUST be read with the footnotes of this schedule**

Vaccines	Pre-Kindergarten (Day Care, Head Start, Nursery or Pre-K)	Kindergarten and Grades 1, 2, 3, 4 and 5	Grades 6, 7, 8, 9, 10 and 11	Grade 12
Diphtheria and Tetanus toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine (DTaP/DTP/Tdap/Td) <sup>2</sup>	4 doses	5 doses or 4 doses if the 4th dose was received at 4 years or older or 3 doses if 7 years or older and the series was started at 1 year or older		3 doses
Tetanus and Diphtheria toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine adolescent booster (Tdap) <sup>3</sup>		Not applicable		1 dose
Polio vaccine (IPV/OPV) <sup>4</sup>	3 doses		4 doses or 3 doses if the 3rd dose was received at 4 years or older	
Measles, Mumps and Rubella vaccine (MMR) <sup>5</sup>	1 dose		2 doses	
Hepatitis B vaccine <sup>6</sup>	3 doses		3 doses or 2 doses of adult hepatitis B vaccine (Recombivax) for children who received the doses at least 4 months apart between the ages of 11 through 15 years	
Varicella (Chickenpox) vaccine <sup>7</sup>	1 dose		2 doses	
Meningococcal conjugate vaccine (MenACWY) <sup>8</sup>		Not applicable	Grades 7, 8, 9, 10 and 11: 1 dose	2 doses or 1 dose if the dose was received at 16 years or older
Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine (Hib) <sup>9</sup>	1 to 4 doses			Not applicable
Pneumococcal Conjugate vaccine (PCV) <sup>10</sup>	1 to 4 doses			Not applicable

1. Demonstrated serologic evidence of measles, mumps or rubella antibodies or laboratory confirmation of these diseases is acceptable proof of immunity to these diseases. Serologic tests for polio are acceptable proof of immunity only if the test was performed before September 1, 2019, and all three serotypes were positive. A positive blood test for hepatitis B surface antibody is acceptable proof of immunity to hepatitis B. Demonstrated serologic evidence of varicella antibodies, laboratory confirmation of varicella disease or diagnosis by a physician, physician assistant or nurse practitioner that a child has had varicella disease is acceptable proof of immunity to varicella.
2. Diphtheria and tetanus toxoids and acellular pertussis (DTaP) vaccine. (Minimum age: 6 weeks)
  - a. Children starting the series on time should receive a 5-dose series of DTaP vaccine at 2 months, 4 months, 6 months and at 15 through 18 months and at 4 years or older. The fourth dose may be received as early as age 12 months, provided at least 6 months have elapsed since the third dose. However, the fourth dose of DTaP need not be repeated if it was administered at least 4 months after the third dose of DTaP. The final dose in the series must be received on or after the fourth birthday and at least 6 months after the previous dose.
  - b. If the fourth dose of DTaP was administered at 4 years or older, and at least 6 months after dose 3, the fifth (booster) dose of DTaP vaccine is not required.
  - c. Children 7 years and older who are not fully immunized with the childhood DTaP vaccine series should receive Tdap vaccine as the first dose in the catch-up series; if additional doses are needed, use Td or Tdap vaccine. If the first dose was received before their first birthday, then 4 doses are required, as long as the final dose was received at 4 years or older. If the first dose was received on or after the first birthday, then 3 doses are required, as long as the final dose was received at 4 years or older.
3. Tetanus and diphtheria toxoids and acellular pertussis (Tdap) adolescent booster vaccine. (Minimum age for grades 6 through 10: 10 years; minimum age for grades 11 and 12: 7 years).
  - a. Students 11 years or older entering grades 6 through 12 are required to have one dose of Tdap.
  - b. In addition to the grade 6 through 12 requirement, Tdap may also be given as part of the catch-up series for students 7 years of age and older who are not fully immunized with the childhood DTaP series, as described above. In school year 2024-25, only doses of Tdap given at age 10 years or older will satisfy the Tdap requirement for students in grades 6 through 10; however, doses of Tdap given at age 7 years or older will satisfy the requirement for students in grades 11 and 12.
  - c. Students who are 10 years old in grade 6 and who have not yet received a Tdap vaccine are in compliance until they turn 11 years old.
4. Inactivated polio vaccine (IPV) or oral polio vaccine (OPV). (Minimum age: 6 weeks)
  - a. Children starting the series on time should receive a series of IPV at 2 months, 4 months and at 6 through 18 months, and at 4 years or older. The final dose in the series must be received on or after the fourth birthday and at least 6 months after the previous dose.
  - b. For students who received their fourth dose before age 4 and prior to August 7, 2010, 4 doses separated by at least 4 weeks is sufficient.
  - c. If the third dose of polio vaccine was received at 4 years or older and at least 6 months after the previous dose, the fourth dose of polio vaccine is not required.
  - d. For children with a record of OPV, only trivalent OPV (tOPV) counts toward New York State school polio vaccine requirements. Doses of OPV given before April 1, 2016, should be counted unless specifically noted as monovalent, bivalent or as given during a poliovirus immunization campaign. Doses of OPV given on or after April 1, 2016, must not be counted.
5. Measles, mumps, and rubella (MMR) vaccine. (Minimum age: 12 months)
  - a. The first dose of MMR vaccine must have been received on or after the first birthday. The second dose must have been received at least 28 days (4 weeks) after the first dose to be considered valid.
  - b. Measles: One dose is required for pre-kindergarten. Two doses are required for grades kindergarten through 12.
  - c. Mumps: One dose is required for pre-kindergarten. Two doses are required for grades kindergarten through 12.
  - d. Rubella: At least one dose is required for all grades (pre-kindergarten through 12).
6. Hepatitis B vaccine
  - a. Dose 1 may be given at birth or anytime thereafter. Dose 2 must be given at least 4 weeks (28 days) after dose 1. Dose 3 must be at least 8 weeks after dose 2 AND at least 16 weeks after dose 1 AND no earlier than age 24 weeks (when 4 doses are given, substitute "dose 4" for "dose 3" in these calculations).
  - b. Two doses of adult hepatitis B vaccine (Recombivax) received at least 4 months apart at age 11 through 15 years will meet the requirement.
7. Varicella (chickenpox) vaccine. (Minimum age: 12 months)
  - a. The first dose of varicella vaccine must have been received on or after the first birthday. The second dose must have been received at least 28 days (4 weeks) after the first dose to be considered valid.
  - b. For children younger than 13 years, the recommended minimum interval between doses is 3 months (if the second dose was administered at least 4 weeks after the first dose, it can be accepted as valid); for persons 13 years and older, the minimum interval between doses is 4 weeks.
8. Meningococcal conjugate ACWY vaccine (MenACWY). (Minimum age for grades 7 through 11: 10 years; minimum age for grade 12: 6 weeks).
  - a. One dose of meningococcal conjugate vaccine (Menactra, Menveo or MenQuadfi) is required for students entering grades 7, 8, 9, 10 and 11.
  - b. For students in grade 12, if the first dose of meningococcal conjugate vaccine was received at 16 years or older, the second (booster) dose is not required.
  - c. The second dose must have been received at 16 years or older. The minimum interval between doses is 8 weeks.
9. Haemophilus influenzae type b (Hib) conjugate vaccine. (Minimum age: 6 weeks)
  - a. Children starting the series on time should receive Hib vaccine at 2 months, 4 months, 6 months and at 12 through 15 months. Children older than 15 months must get caught up according to the ACIP catch-up schedule. The final dose must be received on or after 12 months.
  - b. If 2 doses of vaccine were received before age 12 months, only 3 doses are required with dose 3 at 12 through 15 months and at least 8 weeks after dose 2.
  - c. If dose 1 was received at age 12 through 14 months, only 2 doses are required with dose 2 at least 8 weeks after dose 1.
  - d. If dose 1 was received at 15 months or older, only 1 dose is required.
  - e. Hib vaccine is not required for children 5 years or older.
  - f. [For further information, refer to the CDC Catch-Up Guidance for Healthy Children 4 Months through 4 Years of Age.](#)
10. Pneumococcal conjugate vaccine (PCV). (Minimum age: 6 weeks)
  - a. Children starting the series on time should receive PCV vaccine at 2 months, 4 months, 6 months and at 12 through 15 months. Children older than 15 months must get caught up according to the ACIP catch-up schedule. The final dose must be received on or after 12 months.
  - b. Unvaccinated children ages 7 through 11 months are required to receive 2 doses, at least 4 weeks apart, followed by a third dose at 12 through 15 months.
  - c. Unvaccinated children ages 12 through 23 months are required to receive 2 doses of vaccine at least 8 weeks apart.
  - d. If one dose of vaccine was received at 24 months or older, no further doses are required.
  - e. PCV is not required for children 5 years or older.
  - f. [For further information, refer to the CDC Catch-Up Guidance for Healthy Children 4 Months through 4 Years of Age.](#)

For further information, contact:

**New York State Department of Health  
Division of Vaccine Excellence  
Room 649, Corning Tower ESP  
Albany, NY 12237  
(518) 473-4437**

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

New York State Department of Health/Division of Vaccine Excellence  
health.ny.gov/immunization

# Año escolar 2024-2025

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

**NOTAS:**

Todos los niños deben estar vacunados según su edad para asistir a la escuela en el estado de Nueva York. La cantidad de dosis depende del programa recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunas deben corresponder al [Calendario de Vacunación de Niños y Adolescentes Recomendado por el ACIP](#). Las dosis aplicadas antes de la edad mínima o de los intervalos mínimos no son válidas y no se tienen en cuenta al calcular la cantidad de dosis que se mencionan abajo. 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 los requisitos de vacunación de los grados para los que son equivalentes en edad.

**Se DEBEN leer los requisitos de dosis con las notas al pie de página de este programa**

Vacunas	Prekindergarten (guardería infantil, programa Head Start, guardería o pre-K)	Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º, 4.º y 5.º grado	6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado	12.º grado
<b>Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)<sup>2</sup></b>	<b>4 dosis</b>	<b>5 dosis o 4 dosis</b> si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o <b>3 dosis</b> si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año		<b>3 dosis</b>
<b>Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes<sup>3</sup></b>		<b>No corresponde</b>		<b>1 dosis</b>
<b>Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)<sup>4</sup></b>	<b>3 dosis</b>	<b>4 dosis o 3 dosis</b> si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
<b>Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)<sup>5</sup></b>	<b>1 dosis</b>	<b>2 dosis</b>		
<b>Vacuna contra la hepatitis B<sup>6</sup></b>	<b>3 dosis</b>	<b>3 dosis o 2 dosis</b> de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad		
<b>Vacuna contra la varicela<sup>7</sup></b>	<b>1 dosis</b>	<b>2 dosis</b>		
<b>Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)<sup>8</sup></b>		<b>No corresponde</b>	<b>7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado: 1 dosis</b>	<b>2 dosis o 1 dosis</b> si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
<b>Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)<sup>9</sup></b>	<b>1 a 4 dosis</b>	<b>No corresponde</b>		
<b>Vacuna neumocócica conjugada (PCV)<sup>10</sup></b>	<b>1 a 4 dosis</b>	<b>No corresponde</b>		

1. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra el sarampión, las paperas o la rubéola o una confirmación de laboratorio de dichas enfermedades son pruebas aceptables de la inmunidad ante estas. Las pruebas serológicas para la poliomielitis son una prueba aceptable de la inmunidad solo si la prueba se hizo antes del 1 de septiembre de 2019 y los tres serotipos dieron positivo. Un análisis de sangre con resultado positivo para el anticuerpo de superficie contra la hepatitis B es una prueba aceptable de la inmunidad ante la hepatitis B. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra la varicela, una confirmación de laboratorio de varicela o el diagnóstico de un médico, un asistente médico o un enfermero de práctica avanzada de que un niño tuvo varicela son pruebas aceptables de la inmunidad ante la varicela.
2. Vacuna con toxoide diftérico y tetánico 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 entre los 15 y 18 meses de edad, y a los 4 años de edad o más. La cuarta dosis puede aplicarse 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 aplicó al menos 4 meses después de la tercera dosis de DTaP. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
  - b. Si la cuarta dosis de DTaP se aplicó a los 4 años de edad o más, y al menos 6 meses después de la tercera dosis, no se requiere la quinta dosis (de refuerzo) de la vacuna DTaP.
  - c. Los niños mayores de 7 años que no estén completamente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños deben recibir la vacuna Tdap como primera dosis de la serie de actualización; si se necesitan dosis adicionales, use la vacuna Td o Tdap. Si les aplicaron la primera dosis antes de su primer año de edad, deben aplicarse 4 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años de edad o más. Si les aplicaron la primera dosis a partir de su primer año de edad, deben aplicarse 3 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años o más.
3. Refuerzo de la vacuna con toxoides tetánico y diftérico y de la vacuna contra la tos ferina acelular (Tdap) para adolescentes. (Edad mínima para 6 a 10 grado: 10 años; edad mínima para 11 a 12 grado: 7 años).
  - a. Los estudiantes mayores de 11 años que ingresan a los grados de 6.º a 12.º deben recibir una dosis de Tdap.
  - b. Además del requisito para 6.º a 12.º grado, la vacuna Tdap también se puede aplicar como parte de la serie de vacunas de actualización para estudiantes mayores de 7 años que no estén totalmente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños, como se describió arriba. En el año escolar 2024-2025, solo las dosis de Tdap aplicadas a los 10 años o más cumplirán el requisito de Tdap para los estudiantes en los grados 6.º a 10.º; sin embargo, las dosis de Tdap aplicadas a los 7 años o más cumplirán el requisito para los estudiantes en los grados 11.º a 12.º.
  - c. Los estudiantes que tienen 10 años de edad en 6.º grado y que aún no recibieron la vacuna Tdap cumplen los requisitos hasta que tengan 11 años.
4. Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) 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 entre los 6 y 18 meses de edad, y a los 4 años de edad o más. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
  - b. Para los estudiantes que recibieron la cuarta dosis antes de su cuarto año de edad y antes del 7 de agosto de 2010, es suficiente aplicar 4 dosis con al menos 4 semanas de diferencia.
  - c. Si la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica se aplicó 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. Para los niños con antecedentes de OPV, solo la OPV trivalente (tOPV) se tiene en cuenta para los requisitos de la vacuna antipoliomielítica en las escuelas del Estado de Nueva York. Las dosis de OPV aplicadas antes del 1 de abril de 2016 deben incluirse a menos que se indiquen específicamente como monovalentes, bivalentes o como aplicadas durante una campaña de vacunación contra el virus de la poliomielitis. Las dosis de OPV aplicadas a partir del 1 de abril de 2016 no deben incluirse.
5. Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR). (Edad mínima: 12 meses)
  - a. La primera dosis de la vacuna MMR debe haberse aplicado a partir del primer año de edad. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
- b. Sarampión: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
- c. Paperas: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
- d. Rubéola: Se necesita por lo menos una dosis para todos los grados (prekindergarten hasta 12.º grado).
6. Vacuna contra la hepatitis B
  - a. La primera dosis puede aplicarse al nacer o en cualquier momento después. La segunda dosis debe aplicarse al menos 4 semanas (28 días) después de la primera dosis. La tercera dosis debe aplicarse al menos 8 semanas después de la segunda dosis Y al menos 16 semanas después de la primera dosis, PERO no antes de las 24 semanas (cuando se apliquen 4 dosis, reemplazar "cuarta dosis" por "tercera dosis" en estos cálculos).
  - b. Dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) aplicadas con al menos 4 semanas de diferencia entre los 11 y 15 años cumplirán el requisito.
7. Vacuna contra la varicela. (Edad mínima: 12 meses)
  - a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela debe haberse aplicado a partir del primer año. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado 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 aplicó por lo menos 4 semanas después de la primera dosis, se puede aceptar como válida); para los mayores de 13 años, el intervalo mínimo es de 4 semanas.
8. Vacuna antimeningocócica conjugada ACWY (MenACWY). (Edad mínima para 7 a 11 grado: 10 años; edad mínima para 12 grado: 6 semanas)
  - a. Se requiere una dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada (Menactra, Menveo o MenQuadfi) para los estudiantes que ingresan a los grados 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º.
  - b. Para los estudiantes del 12.º grado, si la primera dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada se aplicó a los 16 años o más, no se requiere la segunda dosis (de refuerzo).
  - c. La segunda dosis debe haberse aplicado a los 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 entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
  - b. Si se aplicaron 2 dosis de vacuna antes de los 12 meses de edad, solo se requieren 3 dosis si la tercera dosis se aplica entre los 12 y 15 meses de edad y al menos 8 semanas después de la segunda dosis.
  - c. Si la primera dosis se recibió entre los 12 y 14 meses de edad, solo se requieren 2 dosis si la segunda dosis se aplicó al menos 8 semanas después de la primera dosis.
  - d. Si se aplicó la primera dosis a los 15 meses de edad o más, solo se requiere 1 dosis.
  - e. No se requiere la vacuna Hib para niños mayores de 5 años.
  - f. [Para más información, consulte la Guía de actualización para niños sanos de 4 meses a 4 años de los CDC.](#)
10. Vacuna neumocócica conjugada (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 entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
  - b. Los niños no vacunados de 7 a 11 meses de edad deben recibir 2 dosis, con al menos 4 semanas de diferencia, seguidas de una tercera dosis entre los 12 y los 15 meses de edad.
  - c. Los niños no vacunados de 12 a 23 meses de edad deben recibir 2 dosis de la vacuna con al menos 8 semanas de diferencia.
  - d. Si se recibió una dosis de la vacuna a los 24 meses de edad o más, no se requieren dosis adicionales.
  - e. La PCV no es obligatoria para los niños mayores de 5 años.
  - f. [Para más información, consulte la Guía de actualización para niños sanos de 4 meses a 4 años de los CDC.](#)

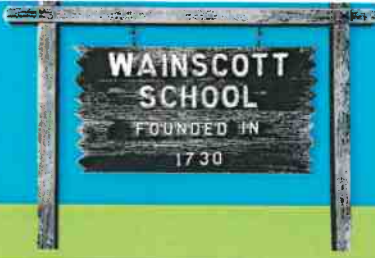
Para obtener más información, comuníquese con:

**New York State Department of Health**  
**Division of Vaccine Excellence**  
**Room 649, Corning Tower ESP**  
**Albany, NY 12237**  
**(518) 473-4437**

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

New York State Department of Health/Division of Vaccine Excellence  
 health.ny.gov/immunization





Dear Parent/Guardian:

Please answer the following questions so that we may keep your child's health record up to date. This is required annually.

Name of child \_\_\_\_\_ Grade in September \_\_\_\_\_

1. Name of child's health care provider: \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_

2. Communicable diseases during the past year:  
Disease \_\_\_\_\_

3. Immunizations given the past year:  
\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

4. Does your child suffer from asthma? \_\_\_\_\_  
Is he/she under a doctor's care? \_\_\_\_\_  
Doctor's Name \_\_\_\_\_  
Medication used \_\_\_\_\_

5. Does your child have allergies? \_\_\_\_\_  
List food allergies: \_\_\_\_\_  
Is he/she under a doctor's care? \_\_\_\_\_  
Doctor's Name \_\_\_\_\_  
Does your child receive allergy injections? \_\_\_\_\_

6. Did your child receive treatment for any of the following?  
(Check if yes) (Date)  
Eye or vision problems \_\_\_\_\_  
Ear or hearing problems \_\_\_\_\_  
Heart problems \_\_\_\_\_  
Name of Doctor \_\_\_\_\_  
Details \_\_\_\_\_

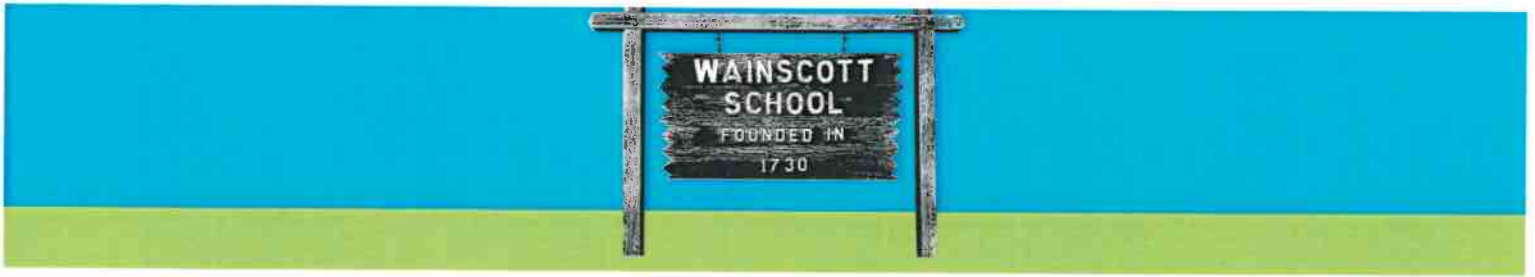
7. Is your child a diabetic? \_\_\_\_\_  
How is the diabetes controlled? \_\_\_\_\_

8. Does your child have epilepsy? \_\_\_\_\_  
Treatment \_\_\_\_\_

9. If your child has had surgery, please list:  
\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

10. Physician Name and Phone Number \_\_\_\_\_

Name of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



Estimados Padres/Tutores:

Responda las siguientes preguntas para que podamos mantener actualizado el registro de salud de su hijo.

Esto se requiere anualmente.

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Grado en septiembre de \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica del niño: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

1. Enfermedades transmisibles durante el año pasado:

Enfermedad \_\_\_\_\_

3. Inmunizaciones administradas el año pasado:

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo sufre de asma? \_\_\_\_\_

¿Está bajo el cuidado de un médico? \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_

Medicación utilizada \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo tiene alergias? \_\_\_\_\_

Enumere las alergias alimentarias: \_\_\_\_\_

¿Está bajo el cuidado de un médico? \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_

¿Su hijo recibe inyecciones para la alergia? \_\_\_\_\_

6. ¿Su hijo recibió tratamiento para alguno de los siguientes síntomas?

(Compruebe si es así) (Fecha)

Problemas oculares o de visión \_\_\_\_\_

Problemas de oído o audición \_\_\_\_\_

Problemas cardíacos \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_

Detalles \_\_\_\_\_

7. ¿Su hijo es diabético? \_\_\_\_\_

¿Cómo se controla la diabetes? \_\_\_\_\_

8. ¿Su hijo tiene epilepsia? \_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_

9. Si su hijo ha sido sometido a una cirugía, enumere:

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

10. Nombre y número de teléfono del médico \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

## STUDENT HEALTH HISTORY UPDATE

Name:	DOB: Grade:	Age:	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Parent/Guardian: (person completing this form)	Home Phone: Cell Phone:	Date:	

Has your child ever:	YES	NO	If Yes, please explain and include date:
Had an ongoing medical condition			
Seen a medical specialist			
Had allergies:			<input type="checkbox"/> food <input type="checkbox"/> environmental <input type="checkbox"/> insect <input type="checkbox"/> medication <input type="checkbox"/> other
Been hospitalization			
Had an operation			
Had an injury requiring an Emergency Room visit			
Missed 5 days of school in a row due to illness/injury			
Had a bone/muscle injury			
Passed out, had a concussion or serious head injury			
Had a convulsion/seizure			
Had a vision problem or condition			<input type="checkbox"/> glasses <input type="checkbox"/> contacts
Had a hearing problem or condition			<input type="checkbox"/> hearing aid <input type="checkbox"/> cochlear implant
Worn dental bridge, braces or mouthpiece			
Have any family members under the age of 50 ever:	YES	NO	If Yes, please specify:
Had a heart attack			
Had other serious health problems			

**CHECK ALL THAT APPLY TO YOUR CHILD:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD<br><input type="checkbox"/> Asthma/trouble breathing<br><input type="checkbox"/> Autism/Asperger<br><input type="checkbox"/> Dental Injuries<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Ear Infections | <input type="checkbox"/> GI Conditions (ulcer, reflux, IBS)<br><input type="checkbox"/> Headaches/migraines<br><input type="checkbox"/> Heart Conditions<br><input type="checkbox"/> High Blood Pressure<br><input type="checkbox"/> Mental Health Condition<br>(depression, eating disorder, | anxiety, OCD, ODD, etc.)<br><input type="checkbox"/> Scoliosis<br><input type="checkbox"/> Single Organ ( <input type="checkbox"/> kidney, <input type="checkbox"/> testicle)<br><input type="checkbox"/> Skin Condition<br><input type="checkbox"/> Speech Condition<br><input type="checkbox"/> Urinary Condition |
|--|---|---|

CURRENT MEDICATIONS	YES	NO	Please list name, dose, time(s)
Given at school			
Taken at home			
ASSISTIVE EQUIPMENT	YES	NO	Please check all that apply
During or outside of school			<input type="checkbox"/> crutches <input type="checkbox"/> walker <input type="checkbox"/> wheelchair <input type="checkbox"/> other:
TREATMENTS	YES	NO	
During or outside of school			<input type="checkbox"/> insulin/blood glucose monitoring <input type="checkbox"/> inhaler/nebulizer/peak flow monitoring <input type="checkbox"/> special diet

Is there any condition that would prevent your child from participating in physical education or sports?

No  Yes: \_\_\_\_\_

Please list any additional concerns: (use back of sheet if necessary) \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre:	Fecha de nacimiento: Edad: Grado:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Padre/Tutor: (persona que completa este formulario)	Teléfono Residencial: Teléfono Celular:	Fecha:

¿Su hijo alguna vez:	SÍ	NO	En caso afirmativo, explique e incluya la fecha:
Tenía una afección médica continua			
Acudió a un especialista médico			
Tuvo alergias:			<input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Ambientales <input type="checkbox"/> Insectos <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Otros
Ha sido hospitalizado			
Tuvo una operación			
Tuvo una lesión que requirió una visita a la sala de emergencias			
Perdió 5 días seguidos de la escuela debido a una enfermedad / lesión			
Tuvo una lesión ósea/muscular			
Se desmayó, sufrió una conmoción cerebral o una lesión grave en la cabeza			
Tuvo una convulsión/convulsión			
Tenía un problema o afección de la vista			<input type="checkbox"/> lentes <input type="checkbox"/> contacto de gafas
Tenía un problema o afección auditiva			<input type="checkbox"/> Audífono <input type="checkbox"/> Implante coclear
Puentes, aparatos ortopédicos o boquillas dentales desgastados			
<b>Tener algún miembro de la familia menor de 50 años:</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>En caso afirmativo, especifique:</b>
Tuvo un ataque al corazón			
Tuvo otros problemas de salud graves			

**MARQUE TODO LO QUE SE APLIQUE A SU HIJO:**

- TDAH (Trastorno por déficit de atención con
- Asma/dificultad para respirar
- Autismo/Asperger
- Lesiones Dentales
- Diabetes
- Infecciones de oído
  
- Afecciones gastrointestinales (úlceras, reflujo, síndrome del intestino irritable)
- Dolores de cabeza/migrañas
- Afecciones cardíacas
- Presión arterial alta
- Condición de salud mental  
(depresión, trastorno alimentario,

ansiedad, TOC, TOD, etc.)

- Escoliosis
- Un solo órgano ( riñón,  testículo)
- Condición de la piel
- Condición del habla
- Afección urinaria

<b>MEDICAMENTOS ACTUALES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Indique el nombre, la dosis, la(s) hora(s)</b>
Dado en la escuela			
Tomado en casa			
<b>EQUIPO DE ASISTENCIA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Por favor, marque todo lo que corresponda</b>
Durante o fuera de la escuela			<input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> andador <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> otros:
<b>TRATAMIENTOS</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	
Durante o fuera de la escuela			<input type="checkbox"/> Monitorización de insulina/glucosa en sangre <input type="checkbox"/> Inhalador/nebulizador/Monitorización del flujo máximo <input type="checkbox"/> Dieta especial

¿Hay alguna condición que le impida a su hijo participar en educación física o deportes?

No Sí: Por favor, enumere cualquier inquietud adicional: (use el reverso de la hoja si es necesario)

Firma del Padre/Tutor : Fecha: \_\_\_\_\_

# WAINSCOTT COMMON SCHOOL DISTRICT

## Dental Health Certificate

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request an oral health assessment at the same time a health examination is required. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your registered dentist or registered dental hygienist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist/dental hygienist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

### Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name: _____		
Last	First	Middle
Birth Date:    /    / Month Day Year	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Will this be your child's first oral health assessment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
School: Name _____		Grade _____

Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities?     Yes     No

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Section 2. To be completed by the Dentist/ Dental Hygienist

I. The dental health condition of \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ (date of assessment) The date of the assessment needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

- Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.
- No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means, that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's/ Dental Hygienist's name and address

(please print or stamp)

Dentist's/Dental Hygienist's Signature

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.

### II. Oral Health Status (check all that apply).

- Yes  No **Caries Experience/Restoration History** – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].
- Yes  No **Untreated Caries** – Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].
- Yes  No **Dental Sealants Present**

Other problems (Specify): \_\_\_\_\_

### II. Treatment Needs (check all that apply)

- No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.
- May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.
- Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.

# WAINSCOTT COMMON SCHOOL DISTRICT

## Certificado de Salud Dental

**Padre/Tutor:** La ley del estado de Nueva York (Capítulo 281) permite a las escuelas solicitar una evaluación de salud bucal al mismo tiempo que se requiere un examen de salud. Es posible que su hijo tenga un chequeo dental durante este año escolar para evaluar su aptitud para asistir a la escuela. Complete la Sección 1 y lleve el formulario a su dentista registrado o higienista dental registrado para una evaluación. Si su hijo tuvo un chequeo dental antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista/higienista dental que complete la Sección 2. Devuelva el formulario completo al director médico de la escuela o a la enfermera de la escuela lo antes posible.

### Sección 1. A completar por el padre o tutor (imprimir)

Nombre del niño: Apellido Primer Segundo

Fecha de Nacimiento: //  
Mes Día Año

Sexo:  Masculino  
 Mujer

¿Será esta la primera evaluación de salud bucal de su hijo?  Sí  
 No

Escuela: Nombre

Grado

¿Ha notado algún problema en la boca que interfiere con la capacidad de su hijo para masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares?  Sí  No

Entiendo que al firmar este formulario doy mi consentimiento para que el niño mencionado anteriormente reciba una evaluación básica de salud bucal. Entiendo que esta evaluación es solo un medio limitado de evaluación para evaluar la salud dental del estudiante, y necesitaría asegurar los servicios de un dentista para que mi hijo reciba un examen dental completo con radiografías si es necesario para mantener una buena salud bucal.

También entiendo que recibir esta evaluación preliminar de salud bucal no establece ninguna relación médico-paciente nueva, continua o continúa. Además, no responsabilizaré al dentista ni a quienes realicen esta evaluación por las consecuencias o los resultados si decido NO seguir las recomendaciones que se enumeran a continuación.

Fecha de Signature

de los padres

### Sección 2. A completar por el dentista / higienista dental

I. La condición de salud dental de \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ (fecha de evaluación) La fecha de la evaluación debe estar dentro de los 12 meses posteriores al inicio del año escolar en el que se solicita. Marque uno:

Sí, el estudiante mencionado anteriormente está en condiciones adecuadas de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

No, el estudiante mencionado anteriormente no está en condiciones de salud dental adecuadas para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

NOTA: No estar en condiciones de salud dental significa que existe una condición que interfiere con la capacidad de un estudiante para masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares, incluido el dolor, la hinchazón o la infección relacionada con la evidencia clínica de caries abiertas. La designación de no estar en condiciones de salud dental para permitir la asistencia a la escuela pública no impide que el estudiante asista a la escuela.

Nombre y dirección del dentista/higienista dental

(por favor escriba en letra de molde o sella) Firma del Dentista/Higienista Dental

*Secciones opcionales - Si está de acuerdo en divulgar esta información a la escuela de su hijo, por favor*

*ponga sus iniciales aquí.*

## **II. Estado de salud bucal (marque todo lo que corresponda).**

- Sí  No **Experiencia con Caries/Historial de Restauración** – ¿Alguna vez el niño ha tenido una caries (tratada o no tratada)? [Un empaste (temporal/permanente) O un diente que falta porque fue extraído como resultado de una caries O una caries abierta].
- Sí  No **Caries no tratada** – ¿Este niño tiene una caries abierta? [Al menos 1/2 mm de pérdida de estructura dental en la superficie del esmalte. Coloración marrón a marrón oscuro de las paredes de la lesión. Estos criterios se aplican a las lesiones cavitadas con fosas y fisuras, así como a las que se encuentran en superficies dentales lisas. Si se conserva la raíz, suponga que todo el diente fue destruido por la caries. Los dientes rotos o astillados, además de los dientes con empastes temporales, se consideran sanos a menos que también haya una lesión cavitada].
- Sí  No **hay selladores dentales presentes**

Otros problemas (Especificar): \_\_\_\_\_

## **II. Necesidades de tratamiento (marque todo lo que corresponda)**

- No hay problema obvio. Se recomienda el cuidado dental de rutina. Visite a su dentista regularmente.
- Puede necesitar atención dental. Programe una cita con su dentista lo antes posible para una evaluación.
- Se requiere atención dental inmediata. Programe una cita de inmediato con su dentista para evitar problemas.



**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM**  
**TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE 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:	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

**HEALTH HISTORY**

<b>Allergies</b> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Insects <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Medication	<input type="checkbox"/> Environmental

<b>Asthma</b> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent	<input type="checkbox"/> Other : _____

<b>Seizures</b> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Type: _____	Date of last seizure: _____

<b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> HbA1c results: _____	Date Drawn: _____

**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):**  <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:**  No  Yes      **Hypertension:**  No  Yes

**PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT**

<b>Height:</b>	<b>Weight:</b>	<b>BP:</b>	<b>Pulse:</b>	<b>Respirations:</b>
<b>TESTS</b>	<b>Positive</b>	<b>Negative</b>	<b>Date</b>	<b>Other Pertinent Medical Concerns</b>
PPD/ PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		One Functioning: <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Testicle
Sickle Cell Screen/PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Concussion – Last Occurrence: _____
<b>Lead Level Required Grades Pre- K &amp; K</b>			<b>Date</b>	<input type="checkbox"/> Mental Health: _____
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 10 µg/dL				<input type="checkbox"/> Other: _____

**System Review and Exam Entirely Normal**

**Check Any Assessment Boxes Outside Normal Limits And Note Below Under Abnormalities**

<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	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> <b>Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:</b>	<b>Diagnoses/Problems (list)</b>	<b>ICD-10 Code</b>
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

**Additional Information Attached**

Name:

DOB:

SCREENINGS

Vision	Right	Left	Referral	Notes
--------	-------	------	----------	-------

Distance Acuity	20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
-----------------	-----	-----	--	--

Distance Acuity With Lenses	20/	20/		
-----------------------------	-----	-----	--	--

Vision – Near Vision	20/	20/		
----------------------	-----	-----	--	--

Vision – Color <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				
--	--	--	--	--

Hearing	Right dB	Left dB	Referral
Pure Tone Screening			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Scoliosis	Negative	Positive	Referral
Required for boys grade 9 And girls grades 5 & 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Deviation Degree:	Trunk Rotation Angle:
-------------------	-----------------------

Recommendations:

RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK

- Full Activity without restrictions including Physical Education and Athletics.
- Restrictions/Adaptations Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications
  - No Contact Sports Includes: baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling
  - No Non-Contact Sports Includes: archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field
  - Other Restrictions:

Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY  
 Grades 7 & 8 to play at high school level OR Grades 9-12 to play middle school level sports  
 Student is at Tanner Stage:  I  II  III  IV  V

- Accommodations: Use additional space below to explain
- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brace*/Orthotic              | <input type="checkbox"/> Colostomy Appliance*       | <input type="checkbox"/> Hearing Aids             |
| <input type="checkbox"/> Insulin Pump/Insulin Sensor* | <input type="checkbox"/> Medical/Prosthetic Device* | <input type="checkbox"/> Pacemaker/Defibrillator* |
| <input type="checkbox"/> Protective Equipment         | <input type="checkbox"/> Sport Safety Goggles       | <input type="checkbox"/> Other:                   |

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

Explain: \_\_\_\_\_

MEDICATIONS

Order Form for Medication(s) Needed at School attached

List medications taken at home:		

IMMUNIZATIONS

Record Attached  Reported in NYSIS Received Today:  Yes  No

HEALTH CARE PROVIDER

Medical Provider Signature:	Date:
Provider Name: (please print)	
Provider Address:	
Phone:	
Fax:	

Please Return This Form To Your Child's School When Entirely Completed.

# When is sick too sick for school?



A regular attendance routine is important for your child's well-being and learning. These tips can help you decide when to keep your child home when they don't feel well.



## SEND ME TO SCHOOL IF...

- I have a **runny nose** or just a **little cough**, but no other symptoms.
- I have **NOT had a fever overnight** and **have NOT taken fever reducing medicine** during that time.
- I have a **mild stomach ache**.
- I have **not thrown up** overnight and can drink liquids without throwing up.
- I have a **mild rash** and no other symptoms.
- I have **eye drainage WITHOUT fever**, eye pain or eyelid redness.



## KEEP ME AT HOME IF...

- I have a **temperature higher than 100.4**
- I have **thrown up two or more times** in the past 24 hours.
- My **stool is watery** and I may not make it to the bathroom in time.



## SEEK MEDICAL CARE IF...

- I have a **temperature higher than 100.4 AND any of the following:** ear pain, sore throat, rash, stomachache, headache or tooth pain.
- I have **stomach pain and fever**, I have **bloody or black stool**, or I am **dehydrated** (tired and sleepy, dry mouth) and/or I have **not urinated** in the last 8 hours.
- I have a **persistent cough** or **trouble breathing**, or have a fever with the cough.
- I have **eye swelling, eye pain** or an **eye injury**.
- I have a **rash that has blisters**, is draining, is painful, looks like bruises, and/or I have a fever with the rash.

*If you don't know whether to send your child to school, have specific concerns regarding your child's physical or mental health, or are worried your child will spread illness, contact your child's health care provider, a local urgent care or the school nurse. These tips are not meant to take the place of local health department/school district health guidance including about contagious illnesses such as Covid-19 and the flu.*

# ¿Cuándo un enfermo está demasiado enfermo para ir a la escuela?



Una rutina de asistencia regular es importante para el bienestar y el aprendizaje de su hijo. Estos consejos pueden ayudarle a decidir cuándo dejar a su hijo en casa si no se siente bien.



## ENVÍAME A LA ESCUELA SI...

- Tengo secreción nasal o simplemente un poco de tos, pero ningún otro síntoma.
- NO he tenido fiebre durante la noche y NO he tomado medicamentos para reducir la fiebre durante ese tiempo.
- Tengo un leve dolor de estómago.
- No he vomitado durante la noche y puedo beber líquidos sin vomitar.
- Tengo un sarpullido leve y ningún otro síntoma.
- Tengo lagrimeo SIN fiebre, dolor ocular ni enrojecimiento del párpado.



## MANTENME EN CASA SI...

- Tengo una temperatura superior a 100.4 °F
- He vomitado dos o más veces en las últimas 24 horas.
- Mis heces son acuosas y es posible que no llegue a tiempo al baño.



## BUSCA ATENCIÓN MÉDICA SI...

- Tengo una temperatura superior a 100.4 Y cualquiera de los siguientes: dolor de oído, dolor de garganta, sarpullido, dolor de estómago, dolor de cabeza o dolor de muelas.
- Tengo dolor de estómago y fiebre, tengo heces con sangre o negras, o estoy deshidratado (cansado y con sueño, boca seca) o no he orinado en las últimas 8 horas.
- Tengo tos persistente o dificultad para respirar, o tengo fiebre con la tos.
- Tengo hinchazón en los ojos, dolor en los ojos o una lesión en los ojos.
- Tengo un sarpullido que tiene ampollas, supura, es doloroso, que parece moretones o tengo fiebre con el sarpullido.

*Si no sabe si debe enviar a su hijo a la escuela, tiene inquietudes específicas con respecto a la salud física o mental de su hijo, o le preocupa que su hijo propague enfermedades, comuníquese con el proveedor de atención médica de su hijo, un centro de atención de urgencia local o la enfermera de la escuela. Estos consejos no pretenden reemplazar las orientaciones de salud del departamento de salud local o del distrito escolar, incluidas las relativas a enfermedades contagiosas como la COVID-19 y la gripe.*



Para obtener más información visite [attendanceworks.org/resources](https://attendanceworks.org/resources)

Septiembre de 2024