

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

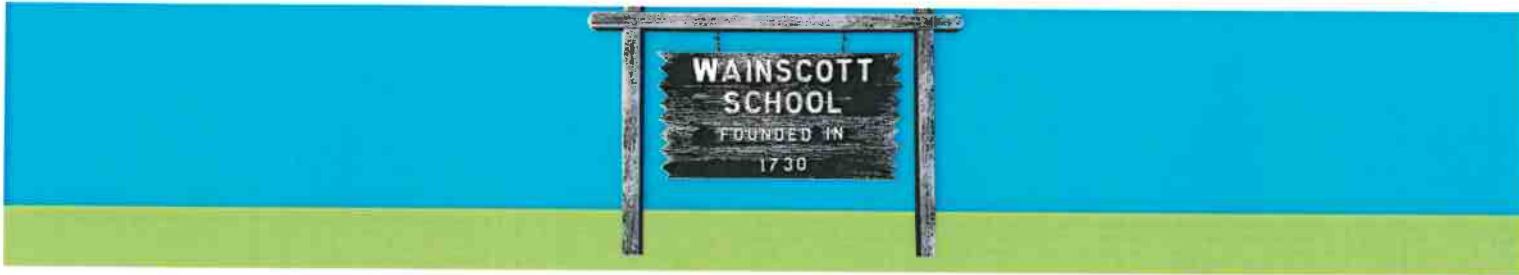
Please fill out the following and return to the nurse's office.

I give permission for health related information to be shared with any staff member employed by the Waincott 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,

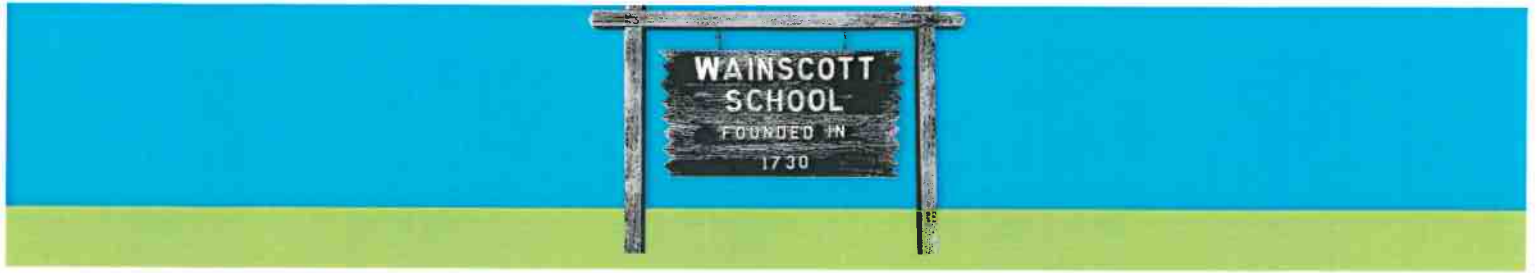
Maria DiScipio, R.N.
Enfermera de la escuela

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 Wainscott 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, 1st, 3rd, 5th, 7th, 9th and 11th grade**. The examination must be completed by a New York State licensed physician, physician assistant or nurse practitioner.

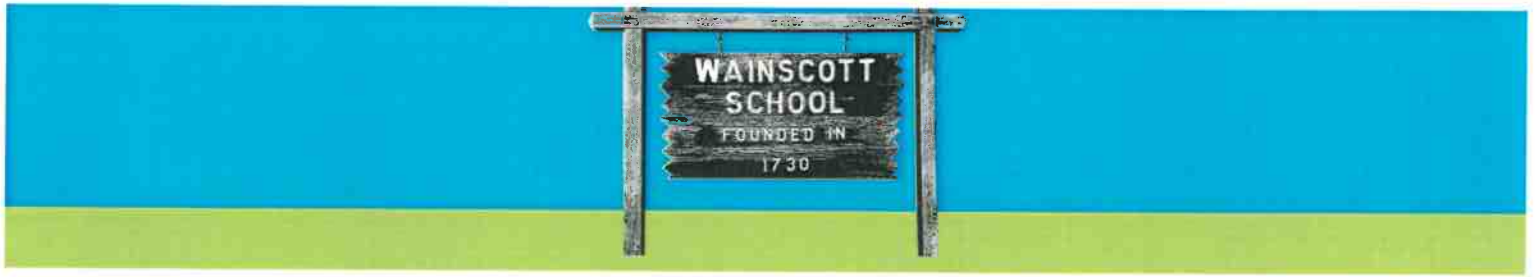
A dental certificate which states your child has been seen by a dentist or dental hygienist is also asked for at the same time. The school will provide you with a list of dentists and registered dental hygienists who offer dental services on a free or reduced cost basis if you ask for it.

- 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, 1st, 3rd, 5th, 7th, 9th & 11th 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, 1^o, 3^o, 5^o, 7^o, 9^o y 11^o 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, 1^o, 3^o, 5^o, 7^o, 9^o y 11^o 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/Attendance¹

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) ² | 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) ³ | | Not applicable | | 1 dose |
| Polio vaccine (IPV/OPV) ⁴ | 3 doses | | 4 doses or 3 doses if the 3rd dose was received at 4 years or older | |
| Measles, Mumps and Rubella vaccine (MMR) ⁵ | 1 dose | | 2 doses | |
| Hepatitis B vaccine ⁶ | 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 ⁷ | 1 dose | | 2 doses | |
| Meningococcal conjugate vaccine (MenACWY) ⁸ | | 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) ⁹ | 1 to 4 doses | | | Not applicable |
| Pneumococcal Conjugate vaccine (PCV) ¹⁰ | 1 to 4 doses | | | Not applicable |

Año escolar 2024-2025

Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela¹

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 |
|---|--|--|---------------------------------------|--|
| Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)² | 4 dosis | 5 dosis o 4 dosis si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o 3 dosis si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año | | 3 dosis |
| Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes³ | | No corresponde | | 1 dosis |
| Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)⁴ | 3 dosis | 4 dosis o 3 dosis si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más | | |
| Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)⁵ | 1 dosis | 2 dosis | | |
| Vacuna contra la hepatitis B⁶ | 3 dosis | 3 dosis o 2 dosis 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 | | |
| Vacuna contra la varicela⁷ | 1 dosis | 2 dosis | | |
| Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)⁸ | | No corresponde | | 2 dosis o 1 dosis si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más |
| Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)⁹ | 1 a 4 dosis | No corresponde | | |
| Vacuna neumocócica conjugada (PCV)¹⁰ | 1 a 4 dosis | No corresponde | | |

STUDENT HEALTH HISTORY UPDATE

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

| 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 <input type="checkbox"/> Asthma/trouble breathing <input type="checkbox"/> Autism/Asperger <input type="checkbox"/> Dental Injuries <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ear Infections | <input type="checkbox"/> GI Conditions (ulcer, reflux, IBS) <input type="checkbox"/> Headaches/migraines <input type="checkbox"/> Heart Conditions <input type="checkbox"/> High Blood Pressure <input type="checkbox"/> Mental Health Condition (depression, eating disorder, | anxiety, OCD, ODD, etc.) <input type="checkbox"/> Scoliosis <input type="checkbox"/> Single Organ (<input type="checkbox"/> kidney, <input type="checkbox"/> testicle) <input type="checkbox"/> Skin Condition <input type="checkbox"/> Speech Condition <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 | | | |
| Tener algún miembro de la familia menor de 50 años: | SÍ | NO | En caso afirmativo, especifique: |
| 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

| MEDICAMENTOS ACTUALES | SÍ | NO | Indique el nombre, la dosis, la(s) hora(s) |
|-------------------------------|-----------|-----------|--|
| Dado en la escuela | | | |
| Tomado en casa | | | |
| EQUIPO DE ASISTENCIA | SÍ | NO | Por favor, marque todo lo que corresponda |
| Durante o fuera de la escuela | | | <input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> andador <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> otros: |
| TRATAMIENTOS | SÍ | NO | |
| 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 continua. 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

| | | |
|--|---|---|
| Allergies <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 |

| | | |
|---|--|--|
| Asthma <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 : _____ | |

| | | |
|---|--|---|
| Seizures <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: _____ |

| | | |
|---|---|---|
| Diabetes <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):** <5th 5th-49th 50th-84th 85th-94th 95th-98th 99th and >

Hyperlipidemia: No Yes **Hypertension:** No Yes

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------|---|
| Height: | Weight: | BP: | Pulse: | Respirations: |
| TESTS | Positive | Negative | Date | Other Pertinent Medical Concerns |
| 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: _____ |
| Lead Level Required Grades Pre- K & K | | | Date | <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"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations: | Diagnoses/Problems (list) | ICD-10 Code |
| | _____ | _____ |
| | _____ | _____ |
| | _____ | _____ |

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 NYSIIS Received Today: Yes No

HEALTH CARE PROVIDER

| | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Medical Provider Signature: | Date: Stamp: |
| Provider Name: <i>(please print)</i> | |
| 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

Septiembre de 2024