

**Kingston City School District
Meagher Administration Building
21 Wynkoop Place
Kingston, NY 12401**

Medical Check List for Registration

Up to Date Immunization Record

If any immunizations are missing at the time of registration, you will be provided with a written letter of the missing immunizations. You will be required to show proof of completion or proof of MD appointment to address immunization concerns prior to admission to school.

Appointment Date /Letter from Primary Care Provider (if requested)

Official letter from your child's PCP or the Health Department stating date of appointment to complete immunizations.

Physical Exam

All students entering the Kingston City School District will be required to have a current Physical Exam by their doctor. These exams are due in the nurse's office by October 1st. All students that do not provide a physical exam or written note of date of scheduled exam by October 1st will be seen by the school doctor. The enclosed Physical Exam form can be used by your child's doctor. Completed forms should be returned to the school nurse. The Physical Exams must be completed within 12 months of entrance to school to be valid.

Vision and Hearing Exams

If your child has been seen by an Eye doctor, Audiologist or ENT (Ear, Nose, Throat) doctor please provide the school with a detailed report.

Student Health History Update

A completed Health History form is requested upon registration to school.

This allows the school nurse to know what your student's medical needs and concerns are, as well as to work with you to plan for any special needs in the school setting. You may have already completed this in the registration packet. An extra form is included in this packet for you to update us on any new changes in your child's health as needed. **You will be asked to complete an update each school year.**

**Kingston City School District
Meagher Administration Building
21 Wynkoop Place
Kingston, NY 12401**

Lista de Verificación Médica para Matricula

Registro de Vacunas Actualizado

Si falta alguna vacuna a la hora de matricularse, se les enviarán una carta escrita detallando las vacunas que faltan. Tendrá que mostrar prueba de cumplimiento o prueba de una cita médica programada para recibir las vacunas, para ser admitido en la escuela.

Fecha de la Cita / Carta del Médico de Atención Primaria (si se solicita)

Una carta oficial del Médico Primario del estudiante o una carta del Departamento de Salud indicando la fecha de la cita para completar las vacunas.

Examen físico

Todos los estudiantes que entren al Distrito Escolar de Kingston tienen que tener un examen físico actualizado. Estos exámenes deben estar en la oficina de la enfermera el 1° de Octubre. Cualquier estudiante que no provea un examen físico o una nota escrita con la fecha del examen físico para el 1° de Octubre, será examinado por el doctor de la escuela. El doctor del estudiante puede usar el formulario del examen físico adjunto. Los formularios se deben devolver completados a la enfermera escolar. Hay que completar los exámenes físicos dentro de los doce meses de haber entrado a la escuela para que este sea válido.

Exámenes de la visión y audición

Si su hijo/a ha sido visto por un oftalmólogo/doctor de la vista, audiólogo o un otorrinolaringólogo (oído, nariz, garganta), por favor proporcione a la escuela un informe detallado.

Actualización de la Historia de Salud del Estudiante

Se solicita completar el formulario del historial de la salud al matricularse en la escuela. Esto permite que la enfermera escolar conozca las necesidades y preocupaciones médicas de su estudiante, y también trabajar con usted para planear cualquiera necesidad especial que se necesite en el ambiente escolar. Puede ser que usted ya haya completado la historia médica de su estudiante cuando lo matriculó. Sin embargo, estamos adjuntando un formulario extra para que lo complete si ha habido cambios en la salud de su hijo(a). Todos los años usted tiene que actualizar esta información.

Kingston City School District

Dear Parent/Guardian of _____,

Your child will require a **Physical Exam** to be on file in the nurse's office for the upcoming school year.

The New York State Education Department requires a physical exam for all students in grades 1, 3, 5, 7, 9, and 11, as well as, all students new to the school district (including pre K or Kindergarten).

New York State Law also requires routine health screenings (height, weight, vision, hearing) each year. The school nurse performs these screening exams at school if they are not provided to the school by October 1st and notifies the parent if further testing is recommended. If for any reason, the nurse is unable to screen your child at school, your child will be referred to the primary care physician or eye care specialist for further care and evaluation.

A physical exam completed by your private physician is valid for 12 months. The exam must be completed within 12 months of entrance to the required grade level to be valid. Please bring the enclosed form to your child's doctor to complete. **These exams are due in the nurse's office by October 1st.**

If your child has an appointment with their private doctor for a physical exam after October 1st, please complete the form below and return to the school nurse ASAP.

All students who do not have an exam on file or a written note of a scheduled exam by the child's primary care physician by October 1st will be scheduled to see the school doctor.

Please choose your preference below, sign and return to school ASAP.

1. Please schedule my child for a physical with the school doctor.

Parent signature: _____

OR

2. My child is scheduled for a physical exam with their own Doctor on _____ (date of exam).

Please do not schedule my child for an exam @ school.

Parent signature: _____

Kingston City School District

Estimados Padres / Apoderados de _____,

Se requiere que su hijo/a tenga un **Examen Físico** archivado en la oficina de la enfermera escolar para el año entrante.

El Departamento de Educación del Estado de Nueva York requiere que todos los estudiantes en los grados 1, 3, 5, 7, 9 y 11, al igual que todos los estudiantes nuevos al distrito escolar (incluyendo guardería) tengan un examen físico.

La ley del Estado de Nueva York también requiere exámenes médicos de rutina (altura, peso, visión, audición) cada año. La enfermera escolar lleva a cabo estos exámenes en la escuela, si no han sido entregados para el primero de octubre, y ella notifica al padre si se recomienda más exámenes. Si por algún motivo, la enfermera de la escuela no puede evaluar a su niño en la escuela, este será referido a su Doctor primario o al especialista de visión para ser evaluado.

Un examen físico realizado por su médico privado es válido por 12 meses. Se tiene que completar el examen dentro de los doce meses de la entrada al grado que requiere estos exámenes para que sea válido. Por favor entregue el formulario adjunto al médico de su hijo/a para que lo complete. **Estos exámenes tienen que estar en la oficina de la enfermera para el primero de Octubre.**

Si su hijo/a tiene una cita con su médico privado para un examen físico después del primero de Octubre, por favor llene la sección de abajo que corresponda y devuélvala a la enfermera escolar tan pronto como sea posible.

Todo estudiante que para el primero de Octubre, no tenga un examen archivado o una nota escrita informándonos que tiene una cita con su médico primario, va a ser examinado por el doctor escolar.

Por favor escoja su preferencia abajo, firme y devuelva a la escuela lo mas pronto posible.

1. Por favor hagan una cita para mi hijo/a para un examen por el médico escolar.

Firma del padre: _____

2. Mi hijo/a tiene una cita para un examen físico _____ (fecha del examen). Por favor no hagan una cita para mi hijo/a en la escuela.

Firma del padre: _____

Kingston City School District

ELEMENTARY STUDENT HEALTH UPDATE- to be completed by Parent/Guardian

Student:	DOB	Age	Grade	Teacher	School	Date
In the past year, has your child:	Yes	No	If Yes, please explain below and include date:			
Developed a new Medical Condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Developed any new allergies:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> food <input type="checkbox"/> environmental <input type="checkbox"/> insect <input type="checkbox"/> medication <input type="checkbox"/> other			
List names of food or other allergies:						
Had a bone/muscle injury?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Had a concussion or serious head injury?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Had a seizure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Had an exam by an eye or ear doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Please send all reports to the school nurse.			
Special Considerations			Please explain:			
Dietary Limitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Physical Limitations Did you provide a Doctor's note to the Health Office?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Behavioral Concerns: Has your child shown any new signs of anxiety, sadness or acting out?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Custody Concerns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Medications: Home <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	List Medications:			
Hx of Asthma: Meds: Home <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	List Medications:			
Other Concerns: (describe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
My child has been healthy and there is no new information to share at this time.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Please share this medical information to those who care for my child to help keep them safe while at school.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yes	No			Yes	No
Parent/Guardian Signature:						

Distrito Escolar de la Ciudad de Kingston

ACTUALIZACIÓN DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE DE PRIMARIA: para ser completada por los padres / tutores

Nombre del estudiante:	Fecha de Nacimiento	Edad	Grado	Escuela/Maestro/a	Fecha
En este último año, su hijo/a:	Si	No	Si la respuesta es Si, explique a continuación e incluya la fecha:		
¿Ha desarrollado una nueva condición médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Se desarrollaron nuevas alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> comida <input type="checkbox"/> ambientales <input type="checkbox"/> insectos <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> otros		
Lista de nombres de alimentos u otras alergias:					
Ha tenido una lesión en los huesos/ músculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión grave en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Ha tenido convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Ha tenido un examen con un oculista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por Favor envíe todos los informes a la enfermera de la escuela.		
Consideraciones Especiales			Por Favor explique:		
Limitaciones dietéticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Limitaciones físicas: ¿Le envió una carta del doctor a la enfermera de la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Preocupaciones de comportamiento: ¿Ha mostrado su hijo/a algún nuevo signo de ansiedad, tristeza o mal comportamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Tiene papeles de custodia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Medicamentos: Hogar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista de medicamentos:		
Hx del Asma: Meds: Hogar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista de medicamentos:		
Otras preocupaciones(describa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mi hijo/a ha estado saludable y no hay información nueva para compartir en estos momentos.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Por favor, comparta esta información médica con aquellos que cuidan a mi hijo/a para ayudar a mantenerlo seguro en la escuela.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Firma del Padre/ Tutor:					

Kingston City School District

Dental Health Certificate

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, K, 1, 3, 5, 7, 9, & 11. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. Return the completed form to 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: Male
 Female

Will this be your child's first visit to a dentist? Yes No

School:

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

Parent Signature:

Date:

Section 2: To be completed by the Dentist

I have examined _____ on _____ (date of exam). Note: The date of the exam needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is required. I have found their dental health condition to be as follows: (check one)

- Yes. The student listed above is in fit condition of dental health.
 No. The student listed above is not in fit condition of dental health.

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.

Dentist name and address (please print or stamp) Dentist's Signature

Optional Sections:

Oral Health Status

- 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 and open cavity?
 Yes No Untreated Caries—Does this child have an open cavity?
 Yes No Dental Sealants Present

Other problems:

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.

Kingston City School District

Certificado de Salud Dental

Padre/ Guardian: La Ley del Estado de Nueva York (Capítulo 281) permite que las escuelas pidan un examen dental en los siguientes grados: entrada a la escuela, K, 1,3, 5, 7, 9 y 11. Favor de completar la Sección #1 y llevar el formulario a su dentista para una evaluación. Si su hijo/a fue evaluado por un dentista antes de que empezara la escuela, pídale a su dentista que complete la sección #2. Devuelva el formulario a la enfermera escolar lo más antes posible.

Sección 1: Para ser completado por Padre o Guardián (Favor de escribir en letra de molde)

Nombre del hijo/a: *Apellido, Nombre de pila, Segundo nombre*

Fecha de nacimiento: / /
 Mes / Día / Año

Sexo: Varón
 Hembra

Será la primera visita para al dentista? Sí No

Escuela:

Grado:

Ha notado algun problema que interfiera con la habilidad de masticar, hablar, o enfocar en actividades escolares? Sí No

Firma del Padre o Guardian:

Fecha:

Sección 2: A completar por el dentista Section 2: To be completed by the Dentist

I have examined _____ on _____ (date of exam). Note: The date of the exam needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is required. I have found their dental health condition to be as follows: (check one)

- Yes. The student listed above is in fit condition of dental health.
- No. The student listed above is not in fit condition of dental health.

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.

Dentist name and address (please print or stamp) Dentist's Signature

Optional Sections:

Oral Health Status

- 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 and open cavity?
- Yes No Untreated Caries—Does this child have an open cavity?
- Yes No Dental Sealants Present

Other problems:

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.