



DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE BEACON
OFICINAS ADMINISTRATIVAS
 10 Education Drive
 Beacon, New York 12508
 845-838-6900
 www.beaconk12.org

Dr. Matthew Landahl
Superintendente de Escuelas

Ms. Ann Marie Quartironi
Superintendente Adjunto

**Dr. Heather Chadwell
 Dennis**
*Asistente Superintendente de
 Personal y Póliza*

**Ms. Sagrario Rudecindo -
 O'Neill**
*Superintendente Asistente de
 Currículum y Servicios
 Estudiantiles*

Estimado(s) Padre(s) o Tutor(es):

La ley del Estado de Nueva York requiere que a cada niño en un distrito escolar se le haga un examen de salud que incluya el índice de masa corporal antes de ingresar a la escuela por primera vez, y nuevamente en los grados 1,3, 5,7, 9, 11. Los estudiantes que deseen practicar deportes interescolares o que soliciten permisos de trabajo deben hacerse un examen de salud anual. También se solicita un formulario de examen dental para estos grados, pero no es obligatorio.

Su propio proveedor de atención médica es siempre la mejor opción para estos exámenes. Lo alentamos a que llame temprano, ya que puede tomar varias semanas programar los exámenes durante los ajetreados meses de verano y otoño.

Hemos incluido el formulario de examen de salud del estado de Nueva York para que lo complete su proveedor de atención médica. Podemos aceptar este formulario fechado después del **5 de septiembre de 2022 para el año escolar 2023-2024**. Usted o su proveedor pueden devolver el formulario completado a la oficina de salud de la escuela o enviarlo por correo electrónico a **aakjar.h@beaconk12.org**.

Si no proporciona un formulario de examen para el **1 de noviembre de 2023**, se programará un examen con el director médico de nuestra escuela. Por favor, hágale saber a su hijo que será examinado en la escuela.

Una vez que se completen los exámenes en la escuela, se le informará sobre cualquier hallazgo importante y deberá hacer un seguimiento con su proveedor de atención médica.

Por Favor Complete y Devuelva la parte Inferior a la Oficina de Salud de su Edificio Hoy

.....✂.....✂.....✂.....

Nombre del Estudiante _____ **Grado** _____

Escuela del Estudiante _____

- Mi hijo/a se hizo un examen de salud el _____. Devolveré el formulario completado antes de la fecha anterior.
- Mi hijo/a tiene una cita para un examen físico con su proveedor de atención médica el _____
- El MD/NP/PA de mi hijo/a o yo devolveremos el formulario antes de la fecha anterior
- Programar al médico del distrito para que complete el examen de mi hijo/a.

Nombre del Padre: _____ Fecha: _____

Firma del Padre: _____

Numero de Contacto del Padre: _____