



BEACON CITY SCHOOL DISTRICT
ADMINISTRATIVE OFFICES
10 EDUCATION DRIVE
BEACON, NEW YORK 12508
PHONE 845-838-6900
FAX 845-838-6905

DR. MATTHEW LANDAHL
Superintendent of Schools

MS. ANN MARIE QUARTIRONI
Deputy Superintendent

DR. SAGRARIO RUDECINDO-O'NEILL
Assistant Superintendent of Curriculum
& Student Support

DR. HEATHER CHADWELL DENNIS
Assistant Superintendent for Pupil
Personnel Services

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 **2 de septiembre de 2024 para el año escolar 2025-2026**. Usted o su proveedor pueden devolver el formulario completado a la oficina de salud de la escuela o enviarlo por correo electrónico a **klemann.a@beaconk12.org**, o la enfermera de la escuela de su hijo.

Si no proporciona un formulario de examen para el **1 de noviembre de 2025**, 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: _____