

A BEACON AT THE CENTER OF AN URBAN VILLAGE
UNA LUZ DE ESPERANZA AL CENTRO DE UNA VILLA URBANA
SCHOOL 17 • ESCUELA 17

Enrico Fermi School No. 17

Student Information Forms 2018-2019

Please return by September 7, 2018

**158 Orchard Street
Rochester, NY 14611
Tel: (585) 436-2560
Fax: (585) 324-6705
17info@rcsdk12.org**



Rochester City School District
Student Health Services

FIELD AND WALKING TRIP MEDICAL CONSENT FORM FOR _____ SCHOOL YEAR

Parents/guardians must complete and return this form to the school nurse at least 7 days before the first field trip or walking trip of each school year and update this form if their child's medical condition changes

Student Name	Date of Birth
Street Address with Zip Code	Doctor's Name
Home Telephone	Doctor's Telephone Number
Insurance Carrier's Name	Insurance Identification Number

STUDENT'S HEALTH STATUS

Does your child have any **current** health problems? (Please check all that apply and tell us about them):

- | | |
|---|--|
| ☐ Allergies (that requires emergency medicine) | ☐ Asthma/Breathing problems |
| ☐ Cardiac (Heart) problems | ☐ Diabetes |
| ☐ Seizure Disorder | ☐ Bones or Joints |
| ☐ Bee sting (that requires emergency medicine) | ☐ Other problems? _____ |

Please tell us more about the problem(s) _____

MEDICINES

****The school nurse must have a *current* doctor's order for medicine on file in order for your child to take medicine on the trip. Please contact your child's school nurse to make sure all medical forms are completed.**

Medication that needs to be taken on the Field Trip: _____

_____ (initials) My child doesn't need any medication on field trips for this school year.

I give permission to a physician or hospital to secure proper treatment including (but not limited to) medications, injections, anesthesia or surgery for my child as named above.

This health information is accurate and correct insofar as I know. My child has permission to engage in all activities except as noted above. In the event that I cannot be reached in an emergency, I authorize the school and/or its agents to authorize the treatment recommended by the health care provider available to render treatment. This authorization shall also extend to and include hospitalization for first aid where/when necessary. I understand that I will be responsible for the cost of all medical treatment render in connection with the trip.

Parent / Guardian Signature

Date

For School Nurse Use Only

No Concerns _____ Needs nurse to attend _____ No doctor orders/note _____ See nurse 24/48hrs before trip _____
Students Ability to Administer Medication: _____ Self-administration _____ Non-Self administration _____
Medical/Emergency Care Plan: _____ Yes (if so please provide plan) _____ No _____

Parent input: _____

Nurse signature

Date

This form is the property of the Rochester City School District ("RCSD") and should not be used if the school field trip is not authorized and approved by the RCSD. It may not be modified and must be completed in full to be processed and approved.

This form is available online at <http://www.rcsdk12.org> in the Health Services section of the Parent Portal.



Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester
Servicios de Salud del Estudiante

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VIAJE DE CAMPO Y CAMINATA PARA
AÑO ESCOLAR _____**

Los padres/tutores tienen que completar y devolver este formulario a la enfermera de la escuela por lo menos 7 días antes del primer viaje de campo o caminata de cada año escolar y actualizar este formulario si la condición médica del niño cambia.

Nombre de estudiante	Fecha de nacimiento
Dirección residencial con Zona Postal	Nombre del médico
Teléfono del hogar	Número de teléfono del médico
Nombre del portador del seguro	Número de identificación del seguro

ESTATUS DE SALUD DEL ESTUDIANTE

¿Tiene su hijo algún problema de salud **actual**? (Favor de marcar todas las que aplican y háblenos de ellas):

☐ Alergias (que requieren medicina de emergencia) ☐ Asma/Problemas respiratorios
☐ Problemas cardiacos (Corazón) ☐ Diabetes
☐ Trastorno convulsivo ☐ Huesos y articulaciones
☐ Picadura de abeja (que requiere medicina de emergencia) ☐ Otros problemas _____

Favor de decirnos más acerca del(de los) problema(s) _____

MEDICINAS

****La enfermera escolar tiene que tener una orden *actualizada* del médico de las medicinas en récord para que su hijo(a) pueda tomar las medicinas en el viaje. Favor de comunicarse con la enfermera de la escuela de su hijo(a) para asegurarse de que haya completado todos los formularios médicos.**

Medicinas que necesita llevar en la excursión: _____

_____ (iniciales) Mi hijo(a) no necesita ninguna medicina para las excursiones este año escolar.

Doy mi permiso para que un médico u hospital provea el tratamiento apropiado incluyendo (pero no limitado a) medicaciones, inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo(a) mencionado arriba.

Esta información de salud es exacta y correcta en la medida hasta donde conozco. Mi hijo(a) tiene permiso para involucrarse en todas las actividades con la excepción de las anotadas arriba. En el caso de que yo no pueda ser contactado en una emergencia, autorizo a la escuela y/o a sus agentes a autorizar el tratamiento recomendado por el proveedor de cuidados de salud disponible para proveer el tratamiento. Esta autorización también se deberá extender hasta e incluyendo hospitalización para los primeros auxilios donde/cuando sea necesario. Entiendo que yo seré responsable por el costo de todo el tratamiento médico prestado en conexión con el viaje.

Firma de Padres/Tutor

Fecha

Para uso de la Enfermera Escolar Solamente (For School Nurse Use Only)

No Concerns _____ Needs nurse to attend _____ No doctor orders/note _____ See nurse 24/48hrs before trip _____
Students Ability to Administer Medication: _____ Self-administration _____ Non-Self administration _____
Medical/Emergency Care Plan: _____ Yes (if so please provide plan) _____ No _____

Parent input: _____

Nurse signature

Date

Este formulario es propiedad del Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester ("DECR") y no debe ser usado si la excursión de la escuela no está autorizada y aprobada por el DECR. Esta no puede ser modificada y tiene que ser llenada en su totalidad para ser procesada y aprobada.
Este formulario es propiedad del Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester ("DECR") y no debe ser usado si la excursión de la escuela no está autorizada y aprobada por el DECR. Esta no puede ser modificada y tiene que ser llenada en su totalidad para ser procesada y aprobada.
http://www.rcsdk12.org



STUDENT OPT-OUT FORM FOR 2018-19 SCHOOL YEAR ONLY

To Parents, Guardians, and Students 18 or Older:

Some student information, including images of your child, can be shared without your consent. If you are concerned about protecting the privacy of your Rochester City School District student, please read this letter carefully. **You must complete a new form for the 2018-2019 school year.**

U.S. military recruiters, colleges, and outside agencies that work with our schools may request directory information on students. Information that the District may share with these groups include the student's name, address, phone number, date and place of birth; major field of study; height and weight of members of athletic teams; dates of attendance; degrees and awards received; photographs; and the name of the previous school the student attended.

The law allows parents or guardians, or high school students over 18, to say no to disclosing this information. **If you do not want information shared with any or all of the organizations below, please check the age-appropriate boxes and sign the form below.** Each section is labeled with the appropriate grade level.

You must check "no" in the appropriate box and return this signed form to the main office of your child's school no later than September 14, 2018, if you do not want information disclosed. If no documentation is on file, we will assume that you are granting permission to release directory information and/or photo or video images.

Please complete a separate form for each child

Student Name _____

School _____

Home Address _____

Phone _____

Date of Birth _____ Student ID# _____

DO NOT RELEASE DIRECTORY INFORMATION TO: (check all that apply)

Pre-K-12th Graders:

☐ Outside Agencies

☐ Colleges

☐ Military Recruiters

DO NOT RELEASE PHOTOS OR VIDEOS OF MY CHILD:

In addition, the District may use names, photographs, and/or video images of students for publicity purposes. This may include stories published or broadcast by news media, or District communications. Separate photo release forms are not required. You must check the box below to prevent photos/videos from being shared.

Pre-K-12th Graders:

☐ Do not release photographs or video images

By completing, signing and returning this form to the school of the student named, I am directing the Rochester City School District as to my wishes regarding disclosure of directory information and photographs or video image.

(PRINT) Parent or Guardian Name*

(SIGNATURE) of Parent or Guardian

Date

*Students who are 18 years old must sign their own form.



FORMULARIO DE NO PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE PARA AÑO ESCOLAR 2018-19 SOLAMENTE

A los Padres, Tutores y Estudiantes de 18 años o Mayores:

Alguna de la información del estudiante, incluyendo imágenes de su hijo(a), puede ser compartida sin su consentimiento. Si le preocupa la protección de privacidad de su estudiante en el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, favor de leer esta carta cuidadosamente. **Usted debe completar un nuevo formulario para el año escolar 2018-19.**

Los reclutadores militares de los E.U., colegios y agencias que trabajan con nuestras escuelas pueden solicitar información personal de los estudiantes. La información que el Distrito puede compartir con estos grupos incluye el nombre, dirección, número de teléfono, fecha y lugar de nacimiento del estudiante; rama principal de estudio; estatura y peso de miembros de equipos atléticos; fechas de asistencia; grados y premios recibidos; fotografías; y el nombre de la escuela anterior a la que el estudiante asistió.

La ley permite a los padres o tutores, o a estudiantes de la escuela superior mayores de 18 decir no a revelar esta información. **Si usted no quiere que la información sea compartida con alguna o ninguna de las organizaciones de abajo, favor de marcar los encasillados apropiados y firmar el formulario abajo.** Cada sección está identificada con el nivel de grado apropiado.

Usted debe marcar "no" en el encasillado apropiado y devolver este formulario firmado a la oficina principal de la escuela de su hijo(a) no más tarde del 14 de septiembre de 2018 si no quiere que la información sea revelada. Si no hay documentación archivada, asumiremos que usted está otorgando el permiso para revelar la información personal y/o imágenes de foto o video.

Favor de completar un formulario separado para cada hijo(a)

Nombre del estudiante _____

Escuela _____

Dirección residencial _____

Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____ ID# del estudiante _____

NO REVELAR LA INFORMACIÓN PERSONAL A: (marque todas las que se aplican)

Grados Pre-K-12mo:

☐ Agencias Externas ☐ Colegios ☐ Reclutadores Militares

NO REVELAR FOTOS O VIDEOS DE MI HIJO(A):

Además, el Distrito puede utilizar los nombres, fotografías, y/o imágenes de video de los estudiante en todos los grados con propósitos publicitarios. Esto puede incluir historias publicadas o transmitidas por medios de noticia, o comunicaciones creadas por el Distrito. No se requieren formularios separados para revelar fotos. Usted debe marcar el encasillado de abajo para prevenir que las fotos/videos sean compartidos.

Grados Pre-K-12mo:

☐ No permita fotografías o imágenes de video

Al completar, firmar y devolver este formulario a la escuela del estudiante mencionado, estoy instruyendo al Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester sobre mis deseos relacionados con la revelación de información personal y fotografías o imagen de video.

(IMPRENTA) Nombre de Padres o Tutor*

(FIRMA) de Padres o Tutor

Fecha

**Los estudiantes que tienen 18 años de edad pueden firmar su propio formulario.*

ROCHESTER CITY SCHOOL DISTRICT
INTERNET ACCEPTABLE USE AGREEMENT FORM
(Rochester City School District Policy # 4526)

All Rochester City School District Internet users are required to complete and sign an Internet Use Agreement Form, and to abide by its terms and conditions and those in District Policy 4526. The District does not authorize any use or access to the Internet not conducted strictly in compliance with its policy.

Term of Agreement: Once signed by a User, or in the case of a student under the age of eighteen (18) signed by a parent or guardian, this form will remain in effect as long as the user is assigned to the same school or building, or until the User (or for student under 18, the parent or guardian) revokes the agreement by giving notice, in writing, to the Principal of the school, or Department Head in any District building other than a school. Prior versions of this Consent remain valid.

I. User's Agreement.

I have read and understand the District's Internet Acceptable Use Policy and will abide by its terms and conditions. I further understand that any violation of the rules is unethical, and that any use of the Internet which violates federal or state laws may constitute a punishable criminal or civil offense. Should I commit any violation of policy or of law, my access privilege may be revoked and disciplinary action and/or appropriate legal action may be taken.

USER'S SIGNATURE: _____ DATE: _____

SCHOOL OR BUILDING OFFICIAL: _____ DATE: _____

II. Parent/Guardian Consent (For Student under Eighteen)

As Parent/Guardian of the student named above, I have read and understand the terms and conditions for Internet access, and give my child permission to participate. I understand and agree that my child and I may be responsible for any violations of federal or state law, and that the District does not warrant or represent that the student can or will be completely protected from access to Internet sites I may find objectionable. In consideration of the privilege of using the District's network and having access to the public networks available through the Internet, I release the District, its officers, employees and operators, and any institutions with which they are affiliated from any and all claims and damages of any nature whatsoever arising from my, or my child's use, access, or inability to use the system, including without limitation the types of damages identified in the District's policy and regulations. I understand that this consent will remain in force unless and until I give written notice of revocation to the School, or until my child registers in a different school.

_____ I give my permission to issue Internet access for my child, and certify that the information contained on this form is correct.

_____ I do not give my permission for my child to access the Internet through the District's network.

Parent/Guardian (Signature): _____

(Print Name): _____

Date: _____

H:\Board of Education\EXHIBIT 4526 Internet Consent form.doc

Reunión de la Junta de Educación de Rochester
Orden de Negocio – Artículo VI – Consideración de Resoluciones
Fecha: Jueves, 19 de julio de 2001

DOCUMENTO 4526-E

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE ROCHESTER
FORMULARIO DEL CONTRATO PARA EL USO ACEPTABLE DEL INTERNET
(Reglamento #4526 Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester)

A todos los usuarios del Internet del Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester se les requiere completar y firmar un Formulario del Contrato para el Uso del Internet, y cumplir con sus términos y condiciones y con los que están en el Reglamento 4526 del Distrito. El Distrito no autoriza ningún uso o acceso al Internet que no se conduzca estrictamente en cumplimiento con este reglamento.

Término del Contrato: Una vez firmado por un Usuario, o en el caso de un estudiante menor de dieciocho (18) años firmado por uno de los padres o encargado, este formulario permanecerá en efecto mientras el usuario esté asignado a la misma escuela o edificio, o hasta que el Usuario (o para el estudiante menor de 18, uno de los padres o encargado) revoque el contrato notificando, por escrito, al Principal de la escuela, o al director del Departamento en cualquier edificio del Distrito que no sea una escuela. Las versiones anteriores de este Consentimiento permanecen válidas.

I. Contrato del Usuario.

He leído y entiendo el Reglamento para el Uso Aceptable del Internet del Distrito y cumpliré con sus términos y condiciones. También entiendo que cualquier violación de las reglas es poco ético, y cualquier uso del Internet que viole las leyes federales o estatales se puede constituir en una ofensa criminal o civil penada. Si yo cometiera cualquier violación del reglamento o de la ley, mi privilegio de acceso será revocado y se puede tomar una acción disciplinaria y/o una acción legal apropiada.

FIRMA DEL USUARIO: _____ FECHA: _____

OFICIAL DE LA ESCUELA O EDIFICIO: _____ FECHA: _____

II. Consentimiento de los Padres/Encargado (Para Estudiantes menores de Dieciocho)

Como Padres/Encargado del estudiante nombrado arriba, he leído y entiendo los términos y condiciones para el acceso al Internet, y doy permiso a mi hijo(a) para participar. Entiendo y estoy de acuerdo en que mi hijo(a) y yo podemos ser responsables de cualquier violación de la ley federal o estatal, y que el Distrito no garantiza o representa que el estudiante puede o que estará completamente protegido del acceso a los lugares del Internet que yo pueda encontrar que sean censurables. Tomando en consideración el privilegio de usar la red del Distrito y de tener acceso a las redes públicas que hay disponibles a través del Internet, yo libro de responsabilidad al Distrito, a sus oficiales, a los empleados y operadores, y a cualquier institución con las que ellos estén afiliados de cualquier y todo reclamo y daños de cualquier naturaleza que surjan del uso, acceso, o la inhabilidad para usar el sistema, de mi parte o de mi hijo(a), incluyendo sin limitaciones los tipos de daños identificados en el reglamento y las regulaciones del Distrito. Entiendo que este consentimiento permanecerá en efecto a menos y hasta que yo dé por escrito una notificación de revocación a la Escuela, o hasta que mi hijo(a) se matricule en una escuela diferente.

_____ Doy mi permiso para facilitar el acceso al Internet para mi hijo(a), y certifico que la información contenida en este formulario es correcta.

_____ No doy mi permiso para que mi hijo(a) tenga acceso al Internet a través de la red del Distrito.

Firma de uno de los Padres/Encargado: _____

(Nombre en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

CONTRACT for Cell Phone, Computing Device, Portable Music and Entertainment Systems

I, _____
(Student Name)

am allowed bring to my cell phone and/ or electronic devices to the school building , however I must be responsible for the following rules while I have any device in the school building:

Cell Phone, Computing Device, Portable Music and Entertainment System

- _____
(Initial) 1. **I am fully responsible for any device I bring to school. Rochester City School #17 is not responsible if the device is lost, stolen or damaged.**
- _____
(Initial) 2. I will keep my phone and all electronic devices turned off at all times while on school property.
- _____
(Initial) 3. My phone and all electronic devices will not be visible while in the building. I will keep it in my backpack, pocket or locker.
- _____
(Initial) 4. I will not use my phone or electronic devices to video or audio tape while on school property.

Confiscation and return of electronic items for violation of the rules above

- _____
(Initial) • First Offense: confiscation of item and return at end of school day. Letter to parent informing them of violation of the rule and consequence if it occurs again
- _____
(Initial) • Second Offense: confiscation of item and return to parent following parent conference in school
- _____
(Initial) • Third Offense: confiscation and revocation of privilege to bring item to school for 1 month. New contract must be signed with parent in person through conference in school.
- _____
(Initial) • **If I refuse to hand over a device as set forth above my parent must come to school the next day with me for a meeting. I may be subject to disciplinary action as set forth in Rochester City School District's Code of Conduct.**

Student Signature

Parent Signature

Date

Approved by (Administrator Signature)

Date

CONTRATO para el teléfono celular y otros electrónicos

YO, _____

(Nombre del estudiante)

se me permite traer a mi teléfono celular y / o electrónicos en el edificio de la escuela #17, sin embargo, debo ser responsable de las siguientes reglas:

Teléfono celular, Informática de dispositivos, música portátil y sistema de entretenimiento

- _____
(Iniciales) 1. Soy plenamente responsable de cualquier dispositivo que traigo a la escuela. Rochester City School # 17 no se hace responsable si el dispositivo se pierde, robado o dañado.
- _____
(Iniciales) 2. Voy a mantener mi teléfono y todos los dispositivos electrónicos apagados en todo momento, mientras que en la propiedad escolar.
- _____
(Iniciales) 3. Mi teléfono y todos los dispositivos electrónicos no serán visibles mientras que en el edificio. Voy a seguir en mi mochila, bolsillo o taquilla.
- _____
(Iniciales) 4. No voy a usar mi teléfono o dispositivos electrónicos de video o cinta de audio, mientras que en la propiedad escolar.

La confiscación y devolución de artículos electrónicos por la violación de las reglas anteriores

- _____
(Iniciales) • Primera Ofensa: Confiscación del artículo y la de regreso al final de la jornada escolar. Carta a los padres informándoles de la violación de la regla y la consecuencia si se produce de nuevo
- _____
(Iniciales) • Segunda ofensa: confiscación de elemento y volver a los padres después de conferencia con los padres en la escuela
- _____
(Iniciales) • Tercera ofensa: confiscación y revocación del privilegio de traer el artículo a la escuela durante 1 mes. Nuevo contrato debe ser firmado con los padres en persona a través de conferencia en la escuela..
- _____
(Iniciales) • Si me niego a entregar un dispositivo como se establece por arriba mi m/padre tendrá que venir a la escuela al día siguiente conmigo para una reunion con mi administrador. Puedo estar sujeto a una acción disciplinaria como se establece en el Código de Conducta de Rochester City School District.

Firma del estudiante

Firma del m/padre

Fecha

Aprobado por Administrador (Firma)

Date



Community School Support – Enrollment and Consent Form

Dear Parent/Guardian:

The purpose of this consent form is to allow student and family access to a broad range of services and opportunities to ensure they are socially and emotionally prepared to achieve their academic, personal, and career goals. Services include academic support, after school opportunities, immediate response counseling during times of crisis, individual and group support, and help whenever students need to overcome problems in order to succeed in school and life (see list of all agency partners on the back of this form).

Once enrolled, your son/daughter will be able to access community services during their free time at school when they are not having class. In the event of an emergency, students are able to access services immediately any time during the school day.

Your permission is needed so that he/she may access services when necessary and so that the school may legally provide attendance and report card information regarding your child to community partners. In turn, those partners will provide the school with information about the type of services provided and the frequency and duration of those services. The purpose for accessing or sharing records, information, or data related to your student is to better provide supplemental education services. Accessing or sharing records, information, or data will be done with the express purpose of promoting your student's, academic success and achievement and to increase the effectiveness of the services being offered by community partners. No records, information, or data will be used for any other purpose.

By signing below, you provide express written consent and authorization for the disclosure of education records, information, or data from your educational institution or data regarding your student from the school district to any of the community partners. You also consent to and authorize the disclosure of records, information, and data about you or your student gathered by any community partner programs to school officials.

Records and information from records will not be disclosed or released to anyone other community partners.

Please complete BOTH sides of this form and return it to the Main Office at your child's school.

I give permission to _____
(Student's Name) (Date of Birth)

to enroll and access services of community agencies partnered with the child's school. If there is any agency that you DO NOT want to work with your child, please ~~CROSS OUT~~ the name of the agency on the back of this form.

I also give consent to the school to exchange information such as attendance, academic progress and behavior or disciplinary reports to partner agencies as needed to deliver appropriate support services. I further understand that unless I provide additional written permission, the school, and their community agency partners cannot release this information to a third party.

This permission will remain in effect for the 2018-2019 school year. However, at any time the parent/guardian can withdraw permission to access services and share information by submitting written notice to the school district.

(Parent/Guardian Signature)

(Relationship to the Student)

& Address)

(Phone)

(Date)

(Print Name of Parent/Guardian)

PLEASE COMPLETE BOTH SIDES OF THIS FORM

If there is any agency you do **not give permission to**, please **cross out that agency**.

AmeriCorps -- Classroom and event support Baden Street -- Family, child and neighborhood support Bible Club - Club rotation by grade level groups during enrichment time Bivona Child Advocacy Center -- Child Abuse advocacy Boy Scouts -- Explorer Programs Celebration of Life Communities, Inc. (COLCI) - sponsoring organization for Help Me Read, Professionally Speaking Career day, Tyshaun Lamar Caldwell Scholarship and other opportunities Catholic Family Center - Family services Center for Youth -- Counseling; Emergency Housing & Referral Charles Settlement House - Youth Development Activities & Referral City of Rochester Environmental Programming City Recreation/Rochester After School Alliance - After School Youth Development Activities Community Place of Greater Rochester - Youth Development Workshops; Counseling, Referral Coordinated Care Services Inc. - Community School lead agency - Referral programs for family and individual services Cornell Cooperative Extension - Earthworks - Partner for curriculum development and greenhouse planning Eat Smart NY Program: nutrition and healthy eating education Eastman Dental Clinic - Primary, preventive dental care Encompass -- Academic Support Faith Based Community Initiatives -- Strengthen faith-based and community-based organizations in addressing the social needs of Monroe county Common Ground Health - Provide nutrition education, advocacy, lunch and play Flower City Habitat for Humanity - Homeownership opportunities and building resources for the community Family Access and Connection Team - referral program designed to support families Foodlink* - Daily after school dinner service Gandhi Institute - Conflict Resolution Girl Scouts -- Scouting; Peer Mediation Training Greater Rochester Health Foundation - focuses on equipping the safety office and de-escalation Green Visions - Youth development through gardening and landscaping Healthy Baby Network - workshops and resources for mothers of any age Help Me Read- Tutoring Hillside Children's Center - Outpatient therapy Hillside Work Scholarship (HW-SC) Horizons Summer LEAP Learning -- Summer learning program for 17 students IBERO American Action League/PRYD -- Family Service Assistants ; Outreach, Counseling & Mentoring; Drug prevention services	Genesee Mental Health - Metro Justice - Community engagement, involvement and social justice Monroe Community College - Academic supports Monroe County Health Department -- Nurse Family Partnership Monroe County Human Services -- Family Support, mental health services, and emergency services Monroe County Office of Mental Health SPOA (Single Point of Access) - referrals for youth to address mental health and coordinated case management Monroe County Office of Probation NW Neighborhood Service Center Office of Children and Family Services Pathways to Peace - Outreach, violence prevention services Partners in Restorative Initiatives (PiRi) - restorative social and emotional work Rapid Rehousing -- Emergency housing services Rochester Broadway Theatre League - Theatre ensemble enrichment with regular trips to Auditorium theater Rochester City School District -- Mentoring; Assessments for social support services Rochester Police Department Rochester Public Library Rochester Redwings - Regional baseball team Rochester Regional Health -- Health assessment and insurance Roc the Future - Job training and support Society for Protection & Care of Children (SPCC) - Counseling Stadium Estates -- Housing Teen Empowerment Program -- Youth Leadership Development The Children's Agenda -- Child Development Navigators - insurance vendor responsible for guided healthcare enrollment University of Rochester -- Upward Bound: Academic Support Villa of Hope - Behavioral specialist, triages mental health services Vision Care Optical -- Provides eye tests and eye glasses to students Waste Management -- Assists in recycling efforts Webster Plank South Elementary -- Christmas Toy Drive and Giveaway Xerox Science Consultants - science programming with 4th grade classes
--	--



Centro de Apoyo para el Estudiante y la Familia – Formulario de Matrícula y Consentimiento

Apreciados Padres/Encargados:

El Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester se complace en presentar a ustedes los servicios de los Centros de Apoyo al Estudiante y a la Familia localizados en muchas de nuestras escuelas. El propósito de los Centros de Apoyo del Estudiante y la Familia es proveer una amplia gama de servicios y oportunidades para ayudar a los estudiantes y para asegurar que ellos están preparados social y emocionalmente para lograr sus metas académicas, personales y de carrera. Los servicios incluyen apoyo académico, oportunidades después de clases, respuesta inmediata de consejería durante los tiempos de crisis, apoyo individual y de grupo, y ayuda los estudiantes la necesiten para sobrepasar los problemas para poder triunfar en la escuela y en la vida.

Una vez esté matriculado, su hijo/hija podrá tener acceso a los servicios del Centro de Apoyo al Estudiante y a la Familia durante su tiempo libre en la escuela cuando no estén teniendo clases. En caso de una emergencia, los estudiantes pueden tener acceso a los servicios inmediatamente en cualquier momento durante el día escolar.

Se necesita su permiso para matricular a su hijo(a) en el Centro de Apoyo al Estudiante y a la Familia para que él/ella pueda tener acceso a los servicios en caso que surja una necesidad. También se necesita su consentimiento para que la escuela pueda proveer información sobre la asistencia y el informe de notas relacionados con su hijo(a) para las agencias que son nuestros socios. A cambio, esas agencias proveerán a la escuela con información acerca del tipo de servicios provistos y la frecuencia y duración de esos servicios. Esto permitirá que las escuelas y las agencias socios provean el mejor servicio y apoyo para asegurar el éxito de su hijo(a) en la escuela. Favor de completar AMBOS lados de este formulario y de devolverlo al Centro de Apoyo al Estudiante y a la Familia en la escuela de su hijo(a).

Doy permiso para que _____
(Nombre del Estudiante) (Fecha de Nacimiento)

para inscribirse y tener acceso a los servicios de los Centros de Apoyo para el Estudiante & Familia en el Distrito Escolar de Rochester City. Si hay alguna agencia que usted NO quiere que trabaje con su hijo(a), favor de **TACHAR** el nombre de la agencia al dorso de este formulario.

También doy **mi consentimiento a la escuela para intercambiar informaciones** tales como asistencia, progreso académico y reportes de comportamiento y disciplinarios a las agencias asociadas, según sea necesario para proveer los servicios de apoyo apropiados. Además entiendo que, a menos que yo provea un permiso adicional por escrito, la escuela, el Centro de Apoyo para el Estudiante & Familia, y sus agencias asociadas no pueden ofrecer esta información a terceras partes.

Este permiso permanecerá en efecto hasta que el/la estudiante no se encuentre inscrito/a en el Distrito Escolar de Rochester City. Sin embargo, en cualquier momento los padres/guardianes pueden retirar el permiso a acceso a servicios e intercambio de información, enviando un aviso por escrito al distrito escolar.

(Firma de Padres/Encargados)

(Relación con el Estudiante)

(Nombre de Padres/Encargado y Dirección en Letra de Molde) (Teléfono) (Fecha)

FAVOR DE COMPLETAR EL OTRO LADO DE ESTE FORMULARIO

Todas las Agencias anotadas *no estarán disponibles* en cada escuela.
Si usted **no le da su permiso** a alguna de estas agencias, favor de **tachar** esa agencia.

AmeriCorps -- Soporte de clase y evento Baden Street Settlement - Servicios de Carrera, Vocacional, Académico Boys & Girls Club - Desarrollo para Adolescentes y Apoyo Familiar Boy Scouts - Programas de Exploradores Catholic Family Center - Consejería -- Carrera y Social-Emocional, Desarrollo para Adolescentes Después de Clase Center for Youth - Consejería, Servicios de Albergue y Referidos de Emergencia Charles Settlement House - Actividades de Desarrollo para Adolescentes City of Rochester Environmental Programming City Recreation/Rochester After School Alliance - Actividades de Desarrollo para Adolescentes Después de Clases Community Place of Greater Rochester - Talleres de Desarrollo para Adolescentes; Consejería, Referidos Common Ground Health -- educación en salud y nutrición Coordinated Care Services - Cornell Cooperative Extension Crestwood Children's Center - Consejería y apoyo Eastman Dental Clinic - Cuidado dental primario, preventivo Earthworks -- Desarrollo curricular y planificación del invernadero Eat Smart NY Program -- Educación de nutrición y alimentación saludable Educational Talent Search (SUNY Brockport) -Servicios de carrera, vocacionales, académicos EnCompass - Mentoría y apoyo académico FACT Family Access & Connection Team - Condado de Monroe, Consejería y Enlace de referido para servicios solicitados Faith Based Community Initiatives -- fortalecer las organizaciones basadas en la comunidad en dirigiendo las necesidades sociales del Condado de Monroe Flower City Habitat for Humanity --Oportunidades de propiedad en casa FoodLink -- servicio diario de cenas después de la escuela Out Alliance -- Consejería y Enlace de referidos para servicios Solicitados Gandhi Institute - Entrenamiento sobre Destrezas para Solucionar Problemas Genesee Mental Health Center - Salud/servicios de salud mental Girls Scouts -- Exploración; Entrenamiento de Mediación entre Compañeros Greater Rochester Health Foundation -- se centra en equipar la oficina de seguridad y la desescalada Green Visions: Greentopia - Desarrollo de la juventud a través de jardinería y paisajismo Healthy Baby Network -- Talleres y recursos para madres de cualquier edad Help Me Read- uno a uno tutoría	Hillside Children's Center -Servicios de Viviendas de Emergencia, Alternativas para Adolescentes Independientes, Evaluaciones y Consejería y Enlaces de referido para servicios solicitados Hillside Work Scholarship (HW-SC) - Mentoría académica y vocacional Horizons Summer LEAP Learning -- Programa de aprendizaje de verano para estudiantes de 17 IBERO American Action League/PRYD -- soporte de familia; Outreach, Counseling & Mentoring; Drug prevention services Iglesia Educational Centers - Tutoría académica Learn to Earn - Preparación para el trabajo Legal Aid Society - Programa de Defensa para Adolescentes Metro Justice - Entrenamiento para toma de decisiones saludables Monroe County Health Department Monroe County Human Services --Apoyo a la Familia, Servicios de Salud Mental y Servicios de Emergencia Monroe County of Mental Health - Asociación de Enfermera Familia Monroe Community College - Apoyo académico. Programa de Asociación Libertad; Upward Bound Adolescentes NW Neighborhood Service Center Office of Children and Family Services Orchard Street Health Clinic PathStone - tutoría educativa, club de empleo, servicio de aprendizaje Pathways to Peace - Alcance, servicios de prevención de violencia Greater Rochester After School Academy (GRASA)- Actividades despues de la escuela Rochester City School District - Mentoría de Logro Académico, Evaluaciones del Servicio de Apoyo Social Rochester Community Mobile Crisis Team - Servicios de apoyo de Salud Mental y enlaces para servicios solicitados Rochester Police Department Rochester Public Library Rochester Redwings Rochester Regional Health -- Evaluaciones y Consejería y Enlaces de referido para servicios solicitados Rochester Mental Health Center - Evaluaciones y Apoyo de salud mental Roc the Future - Preparación para el trabajo (SPCC) Society for Prevention & Care of Children -- Consejería Programas de Desarrollo para Jóvenes Después de Clases Stadium Estates Strong Behavioral Health -- Evaluaciones y Servicios y apoyo ambulatorio Teen Empowerment Program - Desarrollo de Liderazgo para Adolescentes The Advocacy Center - Apoyo para familias y e estudiantes con una discapacidad The Children's Agenda U of R School of Nursing Health Center - Evaluaciones y Salud/ servicios de salud mental University of Rochester -- Upward Bound; Mentoría académica University of Rochester Medical Center- Proyecto de Resistencia: Mentoría para Destrezas de Auto Control, Centro Kirsch: Cuidado de Salud Especializado para el Desarrollo de Discapacidades Urban League of Rochester - Programas de Desarrollo para Adolescentes, Consejería y Enlaces de referido para servicios solicitados, Preparación de carreras y empleo, Mentoría Villa of Hope -- Apoyo y servicios de salud mental Vision Care Optical -- Proporciona exámenes oculares y anteojos para los estudiantes Waste Management -- Ayuda en los esfuerzos de reciclaje Webster Plank South Elementary -- Impulsión del juguete de la Navidad Xerox Science Consultants -- Programacion científica
--	---

FAVOR DE COMPLETAR EL OTRO LADO DE ESTE FORMULARIO



A Community of Learning

ROCHESTER CITY SCHOOL DISTRICT
School Health Services
131 West Broad Street
Rochester, New York 14614

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION (HIPAA)

Student Name _____ Birthdate: _____

Healthcare provider (doctor) _____ Phone: _____

Address _____ Fax: _____

Healthcare provider (doctor) _____ Phone: _____

Address _____ Fax: _____

☒ Monroe County Health Dept. Clinics

☒ Lead Testing ☒ TB Clinic ☒ Immunization Clinic ☐ Other _____

I hereby authorize my/my child's physician(s) listed above to exchange the following information with Rochester City School District, including:

☐ All

Or Specified:

☐ School nurse

☐ Medical officer

☐ Physical Therapist

☐ Occupational Therapist

☐ Speech Therapist

☐ Audiologist

☐ Vision Department

☐ Special Education

☐ Other _____

☐ Immunizations to comply with NYS regulations

☐ Physical exams to comply with NYS regulations and sports requirements

☐ Authorization for medications during the school day or on school trips

☐ Medical clearances as needed following an injury or change in condition

☐ Medical orders required for therapy needs, evaluations

☐ Physician referral for services (OT, PT)

☐ Medical condition/ treatment plans that may have an impact in school

☐ Other _____

This information will be used to provide a safe and healthful environment and develop an appropriate program for this student at school. Enrollment is not contingent upon signing this release, however, in order to plan the most appropriate program for this student, the information may be required. Specific immunizations per NYS regulations ARE required for enrollment. Positive results on lead testing are shared on a need to know basis between the health services and the educational team to develop suitable programming to address any problems associated with high lead levels.

This release expires on the last day of the enrollment of the above student in the Rochester City School District, and may be revoked at any time by sending a written and signed request to cancel this permission to the address above. Such revocation will not affect any disclosure made prior to its receipt by the District. Protected health information will not be disclosed without consent pursuant to the Family Educational Rights and Privacy Act (20 U.S.C. § 1232g) and implementing regulations (34 C.F.R. § 99). A copy of this release has been provided to me. I understand that it will be sent to the appropriate provider when requests are made, and I consent to the release of the information to the Rochester City School District by the healthcare providers listed above.

(Signature of student over 18 or Parent/Guardian)**

(Date)

**If student is under 18 years of age, parent or legal guardian must sign consent form. If other representative is signing, state authority to act on student's behalf: _____. ** If student is over 18 years of age and is a student with a disability as defined by the Individuals with Disabilities Education Act and the information requested pertains thereto, then the parent/guardian must also sign consent form.

Return completed form to the NURSE at the school this child attends.

SHS-HIPAA 11/12



A Community of Learning

ROCHESTER CITY SCHOOL DISTRICT
School Health Services
131 West Broad Street
Rochester, New York 14614

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIPAA)

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac. _____

Proveedor de Cuidado de Salud _____ Teléfono _____

Dirección _____ Fax _____

Proveedor de Cuidado de Salud _____ Teléfono _____

Dirección _____ Fax _____

Proveedor de Cuidado de Salud _____ Teléfono _____

Dirección _____ Fax _____

☒ Clínicas del Departamento de Salud del Condado de Monroe

☒ Prueba de plomo ☒ Clínica de TB ☒ Clínica de Inmunización ☐ Otro _____

Por este medio autorizo a mi médico(s)/al médico de mi hijo(a) anotado(s) arriba a intercambiar la siguiente información con el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, incluyendo:

☐ Todo

O especifique:

☐ Enfermera Escolar

☐ Oficial médico

☐ Terapeuta Físico

☐ Terapeuta Ocupacional

☐ Terapeuta del Habla

☐ Audiólogo

☐ Departamento de la vista

☐ Educación Especial

☐ Otro

☐ Inmunizaciones para cumplir con las regulaciones del ENY

☐ Exámenes físicos para cumplir con las regulaciones y requisitos deportivos del ENY

☐ Autorización para medicaciones durante el día escolar o durante excursiones escolares

☐ Autorizaciones médicas según se necesiten después de una lesión o cambio en una condición

☐ Órdenes médicas requeridas para necesidades de terapia, evaluaciones

☐ Referido médico para servicios (OT, PT)

☐ Planes de condición/tratamiento médico que pueda tener un impacto en la atmósfera escolar

☒ Pruebas de laboratorio incluyendo niveles de plomo que puedan tener impacto en la escuela

☐ Otro _____

Esta información será usada para proveer una atmósfera segura y saludable y para desarrollar un programa apropiado para este estudiante en la escuela. La matrícula no depende de firmar esta autorización, sin embargo, para poder planificar el programa más apropiado para este estudiante, se pudiera requerir de esta información. Las vacunas específicas por regulaciones del ENY SON requeridas para matricularse. Los resultados positivos sobre la prueba de plomo son compartidos entre los servicios de salud y el equipo de educación necesitan saberlo para desarrollar una programación adecuada para abordar cualquier problema asociado con altos niveles de plomo.

Esta autorización expira el último día de la matrícula del estudiante mencionado arriba en el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, y puede ser revocada en cualquier momento enviando una petición escrita y firmada para cancelar este permiso a la dirección mencionada arriba. Dicha revocación no afectará ninguna revelación hecha antes de que esto sea recibido por el Distrito. La información de salud protegida no será revelada sin el consentimiento del Acta de Derechos y Privacidad Educativa de la Familia (20 U.S.C. § 1232g) e implementando las regulaciones (34.C.R.F. § 99). **Se me ha provisto con una copia de esta autorización. Entiendo que esta será enviada a los proveedores apropiados cuando se haga una petición, y estoy de acuerdo en que los proveedores anotados arriba revelen la información al Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester.**

(Firma del estudiante mayor de 18 o por los Padres/Encargados)**

(Fecha)

**Si el estudiante es menor de 18 años de edad, los padres o encargados tienen que firmar el formulario de consentimiento. Si otro representante es el que está firmando, indique la autoridad que tiene para firmar en nombre del estudiante: _____. **Si el estudiante es mayor de 18 años de edad y es un estudiante con una discapacidad según está definida por el Acta de Educación para Individuos con Discapacidades y la información solicitada tiene que ver con ello, entonces los padres/encargados también tiene que firmar el formulario de consentimiento.

Devuelva el formulario completado a la ENFERMERA en la escuela a la que asiste este niño.



Enrico Fermi School 17 Recreation Center

158 Orchard St. | Rochester, NY 14611 | (585) 428-3636

Principal Caterina Leone-Mannino | Asst. Principal Nancy Coddington | Asst. Principal Bill Cronmiller | Recreation Supervisor Jeffrey Reese

R-Center hours:

Monday-Friday

4:30-7:00PM (Youth ages 6-14)

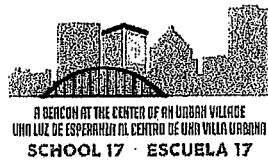
7:00-9:30PM (Youth ages 15-18)

Enrico Fermi School #17 is not just a school! In addition to the Health Clinic and Dental Clinic on site, the school is also a fully functioning City Recreation Center (R-Center). The School #17 R-Center offers a **free, open recreation program** for youth ages 6-18. "Open Recreation" means that your child will be supervised when he is in organized activities. Our program is not a "Day Camp" or "Day Care". We offer a variety of activities; your child can choose which ones he/she wants to participate in. However, if your child chooses to leave the center on his/her own, we cannot legally stop him. We expect that the youth who come to the center will obey the rules, and respect the staff and other participants. For the safety and enjoyment of everyone, if your child is disruptive or becomes a disciplinary problem, you will be contacted, and we may ask that you remove your child from the program. **Children must have an alternate place to spend their day if they are asked to leave the recreation center for any reason.**

Meals are available for youth ages 1-18. **Dinner is served from 5:30 pm to 6:30 pm and Monday through Friday.** Parents may accompany young children for meals, but may not eat a meal. All food must remain in the cafeteria during meals.

We will not be responsible for any item which your child brings to the center. We will supply all the necessary equipment for staff-led activities. Bikes are not allowed in the building; you must provide a lock to lock the bike to the outdoor bike rack. Please do not allow your child to bring electronic games, trading cards, pool cues, skateboards or scooters to the center. These items are too easily lost or stolen.

Staff is not allowed to hold or dispense any medications for children. In case of an accident, First Aid will be administered as necessary. You will be contacted if we feel your child needs further medical attention. **Shoes and shirts must be worn at all times.**



Enrico Fermi 17 Escuela centro de reconstrucción
158 Orchard St. | Rochester, NY 14611 | (585) 428- 3636

Principal Caterina Leona-Mannino | Asistente Directora Nancy Coddington | Asistente Principal Bill Cronmiller | Recreación supervisor Jeffrey Reese

Horas R-Center:

Lunes-Viernes

4: 30-7: 00pm (jóvenes entre las edades de 6-14)

7: 00-9: 30 pm (jóvenes entre las edades 15-18)

Enrico Fermi School # 17 no es sólo una escuela! Además de la Clínica de Salud y Clínica Dental en el hotel, la escuela es también una ciudad en pleno funcionamiento el Centro de Recreación (R-Centro). La Escuela Nº 17 R-Center ofrece **un programa de recreación libre, abierto a jóvenes entre las edades de 6-18**. "La recreación abierto" significa que su hijo será supervisado cuando está en actividades organizadas. Nuestro programa no es un "campamento de día" o "Day Care". Ofrecemos una variedad de actividades; su hijo puede elegir los que él / ella quiere participar. Sin embargo, si su hijo decide abandonar el centro en su / su propio, no podemos legalmente detenerlo. Esperamos que los jóvenes que vienen al centro obedecerá las reglas y respetar el personal y los demás participantes. Para la seguridad y el disfrute de todos, si su hijo es perjudicial o se convierte en un problema de disciplina, usted será contactado y nos puede pedir que retire a su hijo del programa. **Los niños deben tener un lugar alternativo para pasar su día si se les pide que salir del centro de ocio por cualquier motivo.**

Las comidas están disponibles para jóvenes de edades 1-18. La cena se sirve 17:30-18:30 y de lunes a viernes. Los padres pueden acompañar a los niños pequeños para las comidas, pero no pueden comer una comida. Todos los alimentos deben permanecer en la cafetería durante las comidas.

No seremos responsables de cualquier artículo que su hijo lleva al centro. Vamos a suministrar todo el equipo necesario para las actividades dirigidas por el equipo. No se permiten bicicletas en el edificio; debe proporcionar un bloqueo para bloquear la bicicleta al portabicicletas al aire libre. Por favor, no permita que su hijo traiga juegos electrónicos, tarjetas de intercambio, tacos de billar, patinetas o scooters al centro. Estos artículos se pierden o son robados con demasiada facilidad.

El personal no está permitido para mantener o dispensar cualquier medicamento para los niños. En caso de accidente, los primeros auxilios será administrado según sea necesario. Usted será contactado si consideramos que su niño necesita más atención médica. **Los zapatos y las camisas deben ser usados en todo momento.**

R-Centers EZ Rec Pass Registration

Instructions: One pass gives you access to R-Center programs and facilities. To get started, please fill out this form and return it to your R-Center of choice.

For Office Use Only

Date Received _____ R-Center _____ EZ Pas# _____
Staff Person receiving registration: _____
Photo taken by: _____ Date: _____
Registration checked by: _____ Date: _____

Personal Information

Name: _____ ☐ M ☐ F Birth Date: ____/____/____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
School: _____ Grade: _____ Youth Cell Phone: (____) _____
Race: Black ___ Hispanic ___ White ___ Asian ___ Other _____ Have you registered with us before? ☐ Yes ☐ No
List and R-Center programs of interest: _____
List other relatives attending center (name & relationship) _____

Parent/Guardian Information

Parent/Guardian 1 Information

Relationship: _____
Name: _____
Address (if different): _____
City: _____ State: _____ Zip: _____
Email: _____
Home Phone: (____) _____
Cell Phone: (____) _____
Work Phone: (____) _____
Employer: _____

Parent/Guardian 2 Information

Relationship: _____
Name: _____
Address (if different): _____
City: _____ State: _____ Zip: _____
Email: _____
Home Phone: (____) _____
Cell Phone: (____) _____
Work Phone: (____) _____
Employer: _____

Emergency Information

In an emergency, when parent or guardian cannot be reached, please contact:

Name: _____ Relationship: _____ Phone Number: _____
Name: _____ Relationship: _____ Phone Number: _____

Allergies

_____ Nuts _____ Other Drugs
_____ Insect Stings _____ Latex
_____ Poison Ivy _____ Other
_____ Penicillin _____

Special Instructions (If any)

If circumstances allow, the City Of Rochester ("City") May provide the above listed information to assist medical personnel in having details of any medical problems which may interfere with or alter treatment. This information in no way creates a special relationship between the City and the participant. The City does not assume a special duty.

As a participant in ("City") recreation activity, I recognize and acknowledge that there are a certain risks of physical injury. I agree to assume the full risk of any injuries, damages or loss which I or my child may sustain as a result of such participation. I further understand that the ("City") does not provide accidental medical coverage and it is my responsibility to provide the appropriate coverage. I agree to waive and relinquish all claims and hold harmless, the City Of Rochester, its officers, agents and employees from any claims. As a participant of in ("City") recreation activates I give authorization to the City to use photographs of my child for the program operation and promotion purposes.

X

Parent or Guardian Signature

Date

Youth Signature

Date



CHERYL DINOLFO
COUNTY EXECUTIVE

2018

IT'S BACK TO SCHOOL TIME!!!

Be sure your child has all their recommended immunizations.

NO FEE FOR VACCINES FOR KIDS UP THROUGH AGE 18 AT:

Monroe County Dept. of Public Health

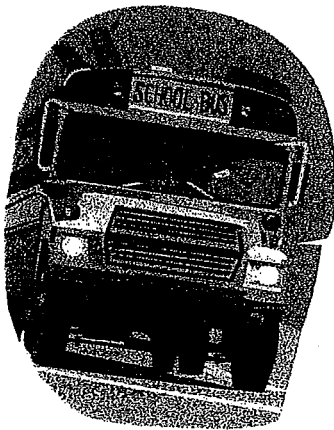
Immunization Clinic

111 Westfall Road

Rochester, NY 14620

585-753-5150

<https://www2.monroecounty.gov/health-nursing-immunization>



SPECIAL CLINIC HOURS

Walk-ins welcome on Wednesdays from 11AM-6PM between
9/5/18-10/3/18

Extra walk-in hours from 11 AM-6 PM on Thursday 9/13/18 and
9/20/18

Please check with your health care provider or school:

- Bring a copy of your child's shot record and any letters you have received from the school about shots your child is missing.
- Please bring photo ID/passport and your health insurance card to the clinic.
- Please plan to stay at the clinic with your child who is under 18 years of age.

To avoid crowds, we encourage you to come before the school year begins. Walk ins are welcome every Wednesday from 12:00 - 6:00 PM all year.
Appointments are also available.



CHERYL DINOLFO
COUNTY EXECUTIVE

2018

¡¡YA Es Tiempo Para El Regreso A La Escuela

Asegúrese que su hijo tenga todas las inmunizaciones requeridas.

Vacunas gratis para niños hasta 18 años de edad:



La clínica de inmunización del
Departamento de Salud Pública del Condado de
Monroe

111 Westfall Road
Rochester, NY 14620

585-753-5150

<https://www2.monroecounty.gov/health-nursing-immunization>

Horas especiales de la clínica

Citas no son necesarias todos los miércoles de 11AM a 6PM
desde el 5 de septiembre hasta el 3 de octubre del 2018

Horas extras que no requieren citas son de 11AM-6PM
los jueves el 13 y el 20 de septiembre del 2018

Favor de comunicarse con su médico o escuela:

- Traiga una copia del archivo/historial de vacunas de cada hijo y cualquier carta que haya recibido de la escuela acerca de las inyecciones que le faltan.
- Por favor traiga identificación con foto o pasaporte y su tarjeta de seguro médico.
- Anticipe quedarse en la clínica con su hijo que sea menor de 18 años.

Para evitar larga espera, recomendamos que venga antes de que empiece el año escolar. Visitas sin cita son disponibles todo los miércoles de 12 a 6PM todo el año. Citas también están disponibles.